FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1936 N° 18

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

par

MEHL YVONNE

née le 17 Août 1910 à Strasbourg

Formes Respiratoires de la Mélitococcie

Président : **Pr. MERKLEN**, *Professeur*

LES ÉDITIONS UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

1A, Place de l'Université — Quai du Maire Diétrich, 1

STRASBOURG

R. C. Strasbourg 3677

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1936 N° 18

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

par

MEHL YVONNE

née le 17 Août 1910 à Strasbourg

Formes Respiratoires de la Mélitococcie

Président : **Pr. MERKLEN**, *Professeur*

LES ÉDITIONS UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
1A, Place de l'Université — Quai du Maire Diétrich, 1
STRASBOURG
R. C. Strasbourg 3677

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. FORSTER ✲ ⚜ I.
Assesseur ..... WEILL

Professeurs :

Embryologie ..... MM. ANCEL ✲ ⚜ I.
Anatomie ..... FORSTER ✲ ⚜ I.
Histologie ..... BOUIN O. ✲ ⚜ I.
Physiologie ..... SCHAEFFER ⚜ I.
Physique biologique ..... VLES ✲ ⚜ I.
Chimie biologique ..... NICLOUX O. ✲ ⚜ I.
Anatomie pathologique ..... MASSON ✲ ⚜ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale ..... SCHWARTZ ⚜ I.
Hygiène, Bactériologie ..... BORREL C. ✲ ⚜ I.
Médecine légale ..... CHAVIGNY C. ✲ ⚜ I.
Clinique médicale ..... MERKLEN ✲ ⚜ I. / AMBARD ✲ ⚜ I.
Clinique chirurgicale ..... LERICHE O. ✲ ⚜ I. / STOLZ ✲ ⚜ I.
Clinique ophtalmologique .... WEILL ⚜ I.
Clinique dermatologique ..... PAUTRIER O. ✲ ⚜ I.
Clinique psychiatrique ..... PFERSDORFF ✲ ⚜ I.
Clinique neurologique ..... BARRE ✲ ⚜ I.
Clinique gynécologique et accouchements ..... REEB ⚜ I.
Clinique infantile ..... ROHMER ✲ ⚜ I
Clinique oto-rhino-laryngologique ..... CANUYT ✲ ⚜ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie ..... FONTES ⚜ A.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max. ⚜ I.
BELLOCQ ⚜ I.
M. GERY ⚜ I.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. BENOIT ⚜ A.
FONTAINE
GELMA ⚜ I.
GUNSETT ✲ ⚜ I.
HANNS ✲ ⚜ I.
HUMBERT ✲ ⚜ A.
KAYSER
KELLER ⚜ I.
MM. KREIS ⚜ A.
LAROUSSE ⚜ A.
LE GUYON
REISS
SIMONIN ✲ ⚜ A.
VAUCHER ✲ ⚜ I.
WAITZ
WEISS A. ⚜ A.
WOLF

Agrégé libre : M. SIMON ✲ ⚜ A.
Directeur de la Clinique dentaire : M. ROMEY ✲ ⚜ A.
Chargés d'un cours complémentaire : MM. MEYER M. ⚜ A., RŒDERER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

A MES PARENTS

en témoignage de mon affection.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PR. MERKLEN

Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin des Hôpitaux de Paris
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Strasbourg

Respectueuse gratitude au Maître qui nous a toujours témoigné beaucoup de bienveillance durant l'année passée dans son service.

AU MÉDECIN-CAPITAINE H. GOUNELLE
Licencié ès sciences
Lauréat du Val-de-Grâce et de la Faculté de Strasbourg
Ancien chef de Clinique médicale
à la Faculté de Strasbourg

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Témoignage de sincère amitié et reconnaissance pour la sympathie agissante que nous avons toujours trouvée durant nos études auprès de lui.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE STRASBOURG

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548005_0006

INTRODUCTION

La mélitococcie, qui pour de nombreux auteurs a pris rang dans les « maladies d'avenir », prend légitimement place dès à présent, parmi les maladies infectieuses les plus courantes, auxquelles il n'est plus permis au médecin praticien de ne pas songer.

La dissémination de l'affection sur toute l'étendue du territoire national rend cette obligation encore plus impérieuse. Aussi estimons-nous utile dans ce travail, de rappeler et de grouper certaines formes particulières de la fièvre de Malte, dont l'expression clinique n'oriente pas à première vue vers cette maladie, mais conduit plutôt le clinicien à envisager une étiologie toute différente et notamment tuberculeuse. Ce sont les formes respiratoires de la fièvre de Malte que nous étudierons et prendrons comme sujet de notre travail inaugural.

⁂

Ces formes respiratoires sont des plus variées. Elles restent cependant souvent méconnues car leur diagnostic différentiel, quelquefois assez difficile, le devient davantage lorsque ces cas surviennent dans des régions où la mélitococcie n'est pas habituelle ou paraît même complètement absente.

Ce sont ces formes que nous nous sommes proposé de rassembler, de classer et d'examiner, notamment au point de vue de leur diagnostic différentiel. Pour ce faire, nous n'avons pas la prétention de rapporter toutes les observations qui ont été publiées. Nous en avons pris un certain nombre, choisies d'ailleurs presqu'exclusivement dans la littérature française. Nous signalons cependant des cas assez nombreux observés en Italie et des publications faites aux Etats-Unis, en Angleterre, au Danemark, etc.....

⁂

Voici le plan de notre travail :

Introduction.

Chapitre I. — Mélitococcies respiratoires.
Leur définition.
Leur classification.

Chapitre II. — Observations commentées et classées.
1. Forme bronchitique.
2. Formes congestives.
3. Formes pleurales.
4. Abcès du poumon.
5. Forme granulique.
6. Formes respiratoires hautes, forme laryngée.

Chapitre III. — Les éléments diagnostiques de mélitococcie respiratoire.
— Données étiologiques.
— Signes généraux.
— Signes fonctionnels.

— Signes physiques.
— Signes radiologiques.
— Autres organes.
— Signes de laboratoire.

Chapitre IV. — Le diagnostic différentiel de mélitococcie respiratoire au cours de la brucellose.

1. Complications respiratoires non liées au mélitocoque.
   a) Associations brucello-tuberculeuses.
   b) Autres associations brucello-respiratoires.
2. Mélitococcie survenant chez des tuberculeux.

Conclusions.

⁂

Nous adressons nos vifs remerciements au Docteur Gounelle qui nous a aidé dans la réalisation de ce travail et nous a mis en possession de documents radiologiques inédits.

Chapitre I

DÉFINITION ET CLASSIFICATION DES FORMES RESPIRATOIRES DE LA MÉLITOCOCCIE

L'histoire de la mélitococcie est dominée par le fait de son expansion continue. Rien que la synonymie multiple de cette maladie en jalonne déjà les étapes successives : fièvre de Malte, fièvre méditerranéenne, fièvre ondulante. La connaissance approfondie de l'agent pathogène a heureusement permis de lui donner enfin un nom propre et spécifique d'abord de mélitococcie, puis de brucellose.

On a prétendu que les formes localisées et viscérales de brucellose étaient à l'heure actuelle, de plus grande fréquence qu'autrefois. N'est-il pas plus vraisemblable de penser que la maladie étant mieux connue sous tous ses aspects, on dépiste maintenant, non seulement les formes classiques seules diagnostiquées auparavant, mais aussi des formes localisées, autrefois méconnues ?

La première observation de mélitococcie date de 1859. Or Dudley signale qu'en 1860, à Malte, la moitié de l'équipage du navire St-Jean-d'Acre (416 hommes sur 800) fut atteinte de manière épidémique d'une affection pulmonaire. Chez presque tous, on posa le diagnostic de

tuberculose; mais à la grande surprise, presque tous les malades, après leur rapatriement en Angleterre, guérirent. La mortalité fut légère, atteignant 3 % seulement, alors qu'à cette époque la tuberculose pulmonaire était considérée comme une maladie à peu près fatale. Etant donné les circonstances du lieu d'apparition à Malte, les caractères épidémiques d'éclosion du mal, l'allure générale évolutive vers la guérison, il est certain que le diagnostic s'est à tort porté vers l'idée de tuberculose et il reste bien probable qu'il se soit agi sans aucun doute de fièvre de Malte.

D'ailleurs Dudley admet qu'à cette époque existaient trois formes de fièvre de Malte : une forme fébrile, une forme rhumatismale et une forme pulmonaire, qui faisaient alternativement leur apparition de façon épidémique. La forme pulmonaire ne consistait pas uniquement en types simulant la tuberculose, elle comportait également des congestions pulmonaires, des pneumonies et des broncho-pneumonies.

Les premières observations françaises de mélitococcie pulmonaire datent de 1910 (Darbois) et 1911 (« Phtisie méditerranéenne » de Cantaloube) ; mais, c'est depuis une quinzaine d'années, que ces formes respiratoires sont de plus en plus notées et mises en évidence. A l'heure actuelle, elles sont loin d'être rares.

De symptomatologie très variée, elles sont susceptibles de présenter des aspects cliniques qui s'apparentent à toutes les affections pulmonaires et pleurales.

Que faut-il exactement entendre par formes respiratoires de la mélitococcie ?

Il s'agit de mélitococcies dont le tableau clinique se résume en une symptomatologie respiratoire unique ou émergente. Une telle symptomatologie survenant, en

dehors de toute autre étiologie, chez un sujet dont l'infection mélitococcique est prouvée, doit être placée sur le compte de cette dernière affection. La signature irrécusable sera fournie par la présence dans les crachats, le pus et les épanchements, du brucella. Malheureusement cette dernière condition se trouve rarement réalisée. Si Fiorentini et Vanni ont pu déceler du mélitocoque dans les crachats, si, dans les observations que nous rapportons, certains auteurs en ont trouvé dans les épanchements ou le pus, il faut cependant reconnaître que ces cas constituent l'exception. Il est vrai que la recherche du mélitocoque n'est pas toujours systématiquement effectuée et ne l'est même souvent pas du tout.

Dans la pratique, est donc à considérer comme de nature brucellienne toute affection pleuro-pulmonaire survenant chez un mélitococcique et qui ne fait pas sa preuve : crachats et épanchements ne contenant, à défaut de brucella, aucun germe spécifique capable d'avoir engendré l'affection.

Janbon et Balmès au XX^{e} Congrès français de Médecine, étudiant les manifestations respiratoires au cours de la fièvre de Malte, les classent en 2 catégories :

1. Les manifestations précoces (bronchites, pneumopathies aiguës et pseudo-granulies). Ce sont elles qui prêteraient souvent à des erreurs de diagnostic. Les manifestations précoces pourraient être spécifiques. Leur évolution est bénigne.

2. Les manifestations tardives qui seraient en réalité des complications liées à une infection surajoutée extrabrucellienne. Leur pronostic, moins favorable dépendrait de la résistance de l'organisme déjà éprouvé par le mélitocoque. La tuberculose pulmonaire entrerait fréquemment en ligne de compte.

Cette classification de prime abord semble simple et nette. Il n'en est cependant plus de même quand, en

pratique, on s'efforce de catégoriser les malades. En effet, toutes les manifestations tardives ne sont pas forcément des complications, telle, comme nous le verrons plus loin, la pleurésie séro-fibrineuse de Puech et Vidal ou la purulente de Vedel et Vidal. Et à l'inverse, au début de la fièvre de Malte, un syndrome pulmonaire peut être rattaché à tort à une mélitococcie, alors qu'il est lié à la bacillose ou à une autre infection pleuro-pulmonaire. Les associations brucello-tuberculeuses sont en effet bien loin de constituer une rareté.

En définitive, nous rangerons dans les formes respiratoires de la fièvre de Malte, tous les cas précoces ou tardifs, qui en l'absence de toute autre étiologie sont à considérer comme spécifiques. Il faudra en différencier les complications respiratoires, soit complications véritables, soit associations fortuites de deux maladies par coexistence de mélitocoque et d'un autre germe.

Ajoutons que cette classification ne tiendra pas compte de la variété de brucella pouvant être en cause. Qu'il s'agisse de brucella melitensis ou de brucella abortus, nous envisagerons indifféremment l'une ou l'autre éventualité.

Le micrococcus melitensis est estimé d'une façon générale, être le plus répandu. Ledoux, au deuxième Congrès international de Pathologie comparée, insiste plus particulièrement sur les mélitococcies respiratoires d'origine bovine. Tanon et Neveu, au premier Congrès international d'Hygiène méditerranéenne, pensent que si au cours d'une mélitococcie la bronchite est marquée, s'il y a de la congestion même légère des bases, c'est le bacille de Bang qui est en cause. Nous n'insisterons pas davantage sur ces précisions étiologiques au profit de tel ou tel brucella, car elles restent encore fort controversées.

Chapitre II

LES OBSERVATIONS DE MÉLITOCOCCIES RESPIRATOIRES CLASSIFICATION. COMMENTAIRES

Parmi les formes respiratoires de la mélitococcie, il y a lieu de distinguer les formes cliniques suivantes : bronchite, congestions pulmonaires, manifestations pleurales, granulie, abcès du poumon et laryngites mélitococciques.

I. Forme bronchitique

Toute mélitococcie, ou presque, s'accompagne de bronchite.

D'après certains auteurs, la proportion serait de l'ordre de 90 %, et même pour Hugues de 95 %.

Cette bronchite prend parfois une importance telle qu'elle constitue le symptôme prédominant de la maladie. Les signes pathognomoniques de la mélitococcie peuvent alors faire partiellement défaut ou manquer complètement.

Le plus souvent la bronchite s'accompagne d'un certain état congestif des bases, et ces cas prennent ainsi le masque de bronchite ou de congestion de nature grippale

a) *Bronchites et congestions d'allure grippale.*

En voici quelques exemples :

Citons Roger (Journal médical français, Mai 1929).

Chez un homme, « qui pendant 3 semaines avait fait une fièvre modérée avec légère bronchite et congestion des deux bases, et qui commençait à se lever, l'apparition inopinée d'une orchite (en dehors de toute gonococcie récente), fut pour nous le trait de lumière qui nous fit aussitôt réformer notre diagnostic de grippe et porter celui de mélitococcie, rapidement confirmé par un séro de Wright des plus positifs ».

Aron et Uhlhorn, à la Société de Médecine du Bas-Rhin, Juin 1933, rapportent les observations de deux bergers habitant une même région (Phalsbourg), qui entrent successivement à l'hôpital pour une fièvre oscillante, des sueurs et des arthralgies, avec en plus des petites congestions des bases (présence de râles sous-crépitants et confirmation radiologique), et comme l'on était en plein moment grippal, on orienta le diagnostic vers celui de grippe avec légère congestion des bases. Ce n'est que chez le second malade, lorsque l'évolution traîne et que se présente une ébauche d'ondulation thermique, qu'on pratique la séroréaction de Wright dont la positivité atteint le 1/5.120. Mélitocoque dans l'hémoculture.

Observation Gounelle et Warter (Bull. Soc. de Méd. du Bas-Rhin, avril-mai 1934).

Homme de 47 ans, dont le début de la maladie est marqué par des frissons répétés, une température à 39° et des sudations abondantes. Epistaxis. Asthénie prononcée avec myalgies diverses. Arthralgie scapulaire. Céphalées occipitales. Anorexie. Constipation. Toux violente avec légère expectoration. Un traitement antigrippal ne parvient pas à soulager le patient.

Le malade est admis à l'hôpital, amaigri et asthénié. Sa température oscille entre 38° le matin et 39° le soir. Pouls à 80. Les frissons et les sueurs sont quotidiens. Ces dernières sont profuses et à odeur aigrelette. Anorexie. Constipation. Splénomégalie. Toux

continuelle. Râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires, avec un petit foyer de condensation à la base droite. L'examen radiologique confirme ces données. Vu l'origine et la profession de berger du malade, on fait le diagnostic de mélitococcie. Séro positif au 1/1.280 après 3 heures. Hémoculture positive.

Ce malade présentait les signes communs à la mélitococcie et à la grippe : température à oscillations, sueurs profuses, myalgies, constipation, etc... Cependant, sa symptomatologie pulmonaire : bronchite aiguë avec congestion de la base droite, confirmées radiologiquement, est assez importante pour ranger ce cas dans les formes respiratoires et pour égarer le diagnostic les premiers jours de la maladie, le sujet étant traité pour une grippe.

A côté de ces observations de bronchites et de congestions à type grippal, s'en place une se rapportant à une *bronchite hémoptoïque.*

Observation Rogalski (Tunisie médicale, Novembre 1931).

Homme de 35 ans, présentant une bronchite opiniâtre depuis 3 mois : toux violente et continue, expectoration visqueuse très abondante, scapulalgie droite, transpiration modérée. A l'auscultation, nombreux ronchus dans la région apicale droite. La radiographie des poumons ne montre rien d'anormal. Asthénie. Amaigrissement. Pas de frissons.

8 jours après, le malade fait une hémoptysie (4-5 cuillerées à soupe), suivie pendant quelques temps par des crachats sanguinolents. Ceux-ci ne contiennent pas de B. K. La température est à 38° et subit une rémission matutinale à 37°3. La fièvre ainsi que la symptomatologie pulmonaire persistant, on effectue un examen du sang. Le séroréaction pour le mélitocoque est positive au 1/200.

Guérison définitive au cours d'un deuxième séjour à la campagne.

Ce cas constitue une forme bronchitique particulièrement pure. En effet, aucun signe pathognomonique de mélitococcie. La fièvre est atypique; les fortes sueurs manquent. N'eût été le sérodiagnostic positif et la guérison définitive du malade, rien n'aurait pu faire songer à ce diagnostic. D'autre part si la tuberculose a été évoquée, son diagnostic n'a pu être confirmé à aucun moment, grâce à l'absence de B. K dans les crachats et à l'intégrité radiologique des champs pulmonaires.

Il n'est plus contestable d'assigner de telles bronchites hémoptoïques à la brucellose; d'autres auteurs, en particulier Uzan, Salan, ont pu rassembler des cas identiques.

II. Formes congestives

Dans ce groupe, nous envisagerons successivement les congestions aiguës du poumon, les pneumonies et broncho-pneumonies, les formes congestives des sommets.

a) *Congestions aiguës.*

Observation Janbon et Balmès (XX^{e} Congrès français de Médecine, Montpellier, 1921).

Malade venu à l'hôpital avec le diagnostic de congestion grippale. La maladie avait débuté par des frissons, de la fièvre et de la toux.

A son entrée à l'hôpital, le malade est prostré, légèrement dyspnéique, sa température est à 40°, son pouls à 90. Toux et expectoration muco-purulente striée de sang. Sueurs abondantes. Anorexie.

A l'examen, matité et exagération des vibrations dans les 2/3 inférieurs de l'hémithorax gauche en arrière; respiration très soufflante à ce niveau; râles sous-crépitants en foyer; râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires. Rate percutable. Hépatomégalie. Pas de douleurs articulaires.

Les crachats renferment une flore microbienne banale.

L'hémoculture et le sérodiagnostic de Wright, qu'on pratique sur la seule notion d'origine du malade, d'abord négatifs, deviennent positifs 15 jours après le début de la maladie. Guérison.

Dans ce cas, absence de signes typiques de la mélitococcie. La symptomatologie locale est nettement prédominante.

Observation Pelloux (Thèse Montpellier, 1927).

Malade de 37 ans, qui, après quelques jours de malaise et de lassitude, fait un violent point de côté à gauche, des frissons et des sueurs, le tout accompagné de toux sèche et de gêne respiratoire; température à 40° et pouls à 115. Il existe du côté gauche du thorax une matité qui descend à 4 travers de doigt au-dessous de l'omoplate; à ce niveau, diminution des vibrations et souffle très net entouré de râles sous-crépitants fugaces.

Rate percutable. Foie augmenté de volume.

Anorexie. Constipation.

Le traitement amène une baisse de la température, mais pas de modification des signes physiques.

Puis nouvelle ascension thermique à 38°8, accompagnée cette fois de douleurs articulaires et de sueurs profuses. On pratique une séroagglutination qui se montre positive au 1/1.000 pour le mélitocoque. Vaccinothérapie. La courbe thermique dure 3 semaines, puis régression de tous les signes respiratoires.

Dans cette observation encore, la congestion pulmonaire du sommet gauche imprime à la maladie son cachet clinique.

Observation Pelloux (ibidem).

Homme de 42 ans; dyspnée, toux, expectoration muco-purulente, température à 39°5, pouls à 96.

Poumons : submatité aux bases avec augmentation des vibrations vocales et râles sous-crépitants. Le malade guérit, mais conserve des douleurs articulaires et des sueurs nocturnes.

15 jours plus tard, les mêmes signes pulmonaires accompagnés de sueurs profuses, d'arthralgies, de dyspnée, de céphalées et de constipation réapparaissent. Température 39°4. Le traitement reste inefficace.

Le sérodiagnostic de Wright est fortement positif. Traitement par du vaccin : les signes pulmonaires disparaissent rapidement.

Le début a été strictement pulmonaire; les signes mélitococciques ne surviennent que plus tard lors d'une deuxième poussée thermique, elle-même marquée d'une réapparition des signes pulmonaires. L'inefficacité du traitement usuel et par contre l'amélioration immédiate de la symptomatologie pulmonaire après le traitement spécifique, sont entre autres des arguments de fait en faveur de la nature brucellienne de ces condensations pulmonaires.

b) *Variété pneumonique.*

Observation Mlle Gautier (Gazette médicale de France, Septembre 1935).

Début de la maladie par un malaise général, de l'asthénie et de l'anorexie. Puis, élévation brusque de température, toux, crachats rouillés et visqueux et violent point de côté dans la région axillaire droite.

5 jours après, température à 40°4, matité de la base droite avec augmentation des vibrations vocales et obscurité respiratoire.

Pas de râles ni de souffle tubaire.

Le malade est traité comme un pneumonique.

Pendant 3 jours l'état reste inchangé. A la radioscopie, on aperçoit un léger voile au sommet gauche et une ombre légère à la base droite. Puis le malade accuse des douleurs articulaires et des sueurs profuses qui inclinent à faire penser à une mélitococcie. Sérodiagnostic positif au 1/300, hémoculture positive, intradermoréaction de Burnet fortement positive.

Au 10e jour de l'évolution, la température tombe subitement à 37°8. Elle remonte 2 jours après et oscille pendant un mois encore entre 37°2 et 38°2.

Sans doute le tableau pneumonique n'est pas complet; il y manque des symptômes essentiels tels que les

râles crépitants, le souffle tubaire, une image radiologique typique... Cependant le début brusque avec l'élévation subite de température, le point de côté intense, les crachats rouillés, les autres signes physiques, la durée même de l'épisode avec la température se maintenant autour de 40°, réalisent un tableau clinique bien voisin de certaines pneumonies. D'autre part les sueurs profuses et les arthralgies plus spécifiques du mal causal, n'apparaissent qu'une semaine après le début; à ce moment seulement il est permis de penser à une brucellose.

c) *Variété broncho-pneumonique.*

Observation, Mlle Gautier (ibidem).

Malade de 31 ans, éprouvant subitement des céphalées sus-orbitaires, des frissons et un point de côté à gauche et en arrière. Température 40°.

4 jours après l'admission, on constate de la sub-matité à la base gauche, avec présence de râles sous-crépitants fins. Pas de souffle. A part une rate percutable rien d'autre à signaler.

Après 48 heures se manifeste une défervescence, mais sans lendemain, puisqu'aussitôt la fièvre remonte à 40°; il y a apparition de nouveaux foyers pulmonaires : râles sous-crépitants à la base droite, un autre foyer au sommet droit et un troisième au sommet gauche, avec souffle rude et défaut d'expansion du creux sus-claviculaire correspondant.

On institue un traitement de broncho-pneumonie.

Au bout d'un mois la température tombe à 38°4, pour remonter à nouveau à 40° une quinzaine de jours après.

Les crachats ne contiennent qu'une flore microbienne banale avec rares pneumocoques.

Radiologiquement : voile au sommet gauche.

Un mois plus tard, la température est toujours à 40°. La rate est devenue palpable.

A ce moment la séroréaction pour le mélitocoque est positive au 1/1.000.

Ce cas est lui aussi, caractérisé par l'absence de la symptomatologie mélitococcique; seule la température,

en décrivant plusieurs ondes ou cours de la maladie, reste typique. Les signes pulmonaires sont présents et prédominent dès le début. Ils subissent une recrudescence à chaque poussée thermique.

d) *Congestions, condensations des sommets simulant la tuberculose.*

C'est dans ce groupe que se place la majorité des formes observées de mélitococcie respiratoire. Mais ce sont aussi comme nous le verrons par la suite, les formes les plus vagues et les moins respiratoires. En effet ces formes, qui rentrent dans les pseudo-tuberculoses, font songer à la bacillose, moins par leur symptomatologie locale donc respiratoire, que par leurs signes généraux.

Observation Papon et Tartavez (Soc. de Médecine militaire française, 15 décembre 1910).

Jeune soldat, d'abord considéré comme atteint de rhumatisme articulaire aigu, est hospitalisé à nouveau quelque temps après pour « anémie symptomatique, congestion du sommet droit, avec diminution du poids de 7 kilogrammes en 3 mois ». En plus : toux, expectoration abondante, sueurs profuses, surtout la nuit. De vives douleurs dans le côté gauche du bassin font songer à une sacro-coxalgie. Malgré une fièvre oscillante et tous les symptômes précités, l'état général est satisfaisant, l'appétit conservé.

Au poumon cependant existe de la submatité du sommet droit avec augmentation des vibrations, expiration rude et soufflante. Toux fréquente. Expectoration purulente abondante. Malgré l'absence de B. K. dans les crachats, on s'arrête cependant au diagnostic de tuberculose pulmonaire et coxo-fémorale. Le malade est mis à l'extension continue.

A partir de ce moment, tandis que la fièvre persiste, la douleur arthralgique diminue puis disparaît complètement; il en va ensuite de même en ce qui concerne la symptomatologie pulmonaire. L'état général étant toujours resté relativement bon, il ne reste plus que la fièvre, qui alors fait songer à la mélitococcie. Le sérodiagnostic se révèle effectivement positif au 1/60.

Le sujet quitte l'hôpital complètement guéri.

Béthoux (Presse médicale, 26 Juin 1929) cite les observations de 3 sujets, membres d'une même famille, atteints tous les 3 de mélitococcie respiratoire, et dont voici, résumée, l'observation la plus typique :

Homme de 28 ans, robuste, sans passé pulmonaire. La maladie débute par un catarrhe rhino-pharyngé, des céphalées, de la toux sèche.

5 semaines après, persistance de la toux, quelques crachats muco-purulents, amaigrissement, perte des forces et sueurs abondantes. Le malade est pâle; il présente toujours un peu de rhino-pharyngite. L'examen pulmonaire met en évidence une submatité du sommet gauche, surtout nette au niveau des fosses sus et sous-épineuses. Sur le reste de l'étendue pulmonaire, également légère submatité, avec résistance au doigt. Les vibrations sont exagérées, en particulier au 1/3 supérieur du poumon gauche, et par places sur le reste du champ thoracique. Respiration soufflante avec prédominance au sommet gauche. Quelques sibilances à la base gauche. Foie et rate légèrement agrandis. Pas de douleurs articulaires. Température 38°5.

3 semaines plus tard, l'amaigrissement est devenu plus notable; le malade est anémié, asthénié et présente des sueurs. La toux persiste avec rares crachats muqueux, légèrement purulents. La submatité a augmenté des deux côtés. Les vibrations sont exagérées. Il existe de la pectoriloquie aphone. Amyotrophie des muscles sus-épineux, avec myœdème. La température est oscillante.

Le sérodiagnostic de Wright est positif au 1/1.000.

Par la suite on assiste à la rétrocession des signes pulmonaires, d'abord fonctionnels puis physiques. L'état général reste encore précaire. Au bout d'un certain temps, la guérison définitive survient néanmoins.

Observation Salan (Thèse Montpellier, 1931).

Homme de 48 ans, hospitalisé pour tuberculose pulmonaire. Bronchite 2 ans auparavant.

Se plaint de toux avec légère expectoration, amaigrissement, sueurs et fièvre à grandes oscillations.

A l'examen des poumons, on constate une inspiration soufflante du sommet droit; au sommet gauche, de la submatité avec rudesse respiratoire et expiration prolongée. La radioscopie révèle

une adénopathie hilaire, des travées de condensation pulmonaire péribronchique et un aspect marbré du sommet gauche.

Absence de B. K. dans les crachats.

15 jours plus tard, le malade fait une abondante hémoptysie (200 grammes), suivie pendant plusieurs jours d'expectoration hémoptoïque et de présence de sang rouge dans les selles.

1 mois après, le malade entre au sanatorium, d'où on le renvoie 15 jours plus tard avec le diagnostic de mélitococcie pseudo-tuberculeuse (séroagglutination positive au 1/200; hémoculture positive).

Observation Salan (ibidem).

Malade de 34 ans; diagnostic de bacillose pulmonaire confirmé par un dispensaire.

Depuis 4 mois, inappétence, asthénie, céphalées, toux, expectoration, diaphorèse et arthralgies. Petites hémoptysies 2 mois auparavant.

Amaigrissement considérable; température 38°-38°5; névralgie sciatique droite. Mauvais état général.

Les poumons présentent une respiration soufflante à droite, quelques râles muqueux disséminés, et, au sommet gauche de l'obscurité respiratoire. On pose le diagnostic de tuberculose, non confirmé par l'examen radiologique et les crachats ne contiennent pas de B. K.

La séroréaction pour le mélitocoque est positive au 1/400.

Guérison.

Observation Béthoux (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1930).

Jeune fille de 20 ans, toussant et crachant depuis 15 jours, envoyée par son médecin à l'hôpital avec le diagnostic de tuberculose.

La malade présente une température élevée (39°5), des signes localisés au poumon droit : aires de submatité disséminées, affaiblissement de la respiration à leur niveau, quelques frottements pleuraux et, à la partie moyenne un souffle doux sans égophonie ni pectoriloquie aphone, sur lesquels on porte le diagnostic de cortico-pleurite droite.

Béthoux voit la malade 6 semaines après le début de la maladie. Il constate un état général excellent contrastant avec une température élevée, un léger amaigrissement, mais pas d'asthénie ni

de sueurs profuses; la malade se sent parfaitement bien. Les signes pulmonaires sont devenus plus condensés : zône de submatité dans les fosses sus et sous-épineuses droites avec exagération des vibrations et diminution du murmure vésiculaire. Pas de pectoriloquie aphone ni de bruits adventices.

La radioscopie ne fournit aucun renseignement, cependant que la radiographie indique l'obscurcissement de la partie supérieure du poumon droit.

Il n'y a pas d'expectoration.

Les autres appareils sont intacts.

Appétit bon. Pas de constipation.

Foie et rate cependant légèrement augmentés.

La température à 38° le matin et à 39° le soir, ébauche la forme ondulante, et malgré l'absence de signes spécifiques de la mélitococcie, on fait la séroagglutination qui se révèle positive au 1/2.000. Hémoculture et intradermoréaction positives.

Guérison complète.

Que rencontre-t-on dans cette catégorie de formes pseudo-tuberculeuses ?

Il s'agit en général de malades qui toussent depuis un certain temps, crachent un peu, présentent un état général variable, tantôt excellent, tantôt médiocre ou extrêmement précaire, des signes physiques nombreux et variés, le tout accompagné de fièvre, souvent assez élevée, signe prédominant qui attire et retient l'attention.

La toux ne manque jamais. Sèche quelquefois, elle est plus fréquemment suivie d'une expectoration muqueuse ou muco-purulente, voire purulente.

L'hémoptysie n'est pas rare : tantôt abondante, comme chez le malade de Salan, qui rejeta 200 grammes de sang, tantôt légère et à rechutes comme chez un autre de ses malades.

La fièvre oscille généralement entre 38° et 39°. Dans de nombreux cas, elle revêt la forme ondulante. Une recrudescence des signes pulmonaires correspond alors avec le début des ondulations thermiques. Béthoux (P. M. 1929 et Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1930) et Salan (loc. cit., observation 7) rapportent de telles observations.

L'état général varie beaucoup selon les malades. Dans la première observation de Béthoux, un jeune homme robuste de 28 ans maigrit, s'anémie et présente des sudations très abondantes. L'état s'aggravera encore et restera précaire pendant assez longtemps.

Si l'amaigrissement est fréquent chez le mélitococcique, l'asthénie est moins constante; chez un grand nombre de malades l'état général peut d'ailleurs rester excellent. Le malade de Papon et Tartavez, malgré la longue évolution et l'apparence très sévère de sa maladie, conserve l'appétit ainsi qu'un bon état général; il en est de même en ce qui concerne la jeune malade de Béthoux au cours de sa pseudo-tuberculose.

L'absence de sueurs et d'arthralgies est constatée dans un bon nombre de cas. Ailleurs ces symptômes se retrouvent dans toute leur acuité : arthralgie coxo-fémorale chez le malade de Papon et Tartavez, arthralgies multiples chez un malade de Salan; les sueurs revêtent souvent leurs caractères spécifiques d'abondance et d'odeur particulière.

Quant aux signes physiques, ils se résument la plupart du temps en submatité du sommet avec diminution du murmure vésiculaire, respiration rude et soufflante, quelquefois expiration prolongée ou râles sous-crépitants et autres râles humides (dans un seul cas de Baugas, présence de craquements).

L'examen radiologique est généralement négatif. Tout au plus dans certains cas note-t-on une diminution de la transparence pulmonaire.

L'absence de bacilles de Koch dans les crachats est constante.

III. Formes pleurales

Dans ce groupe s'inscrivent les affections pleuro-pulmonaires, les pleurésies séro-fibrineuses et les pleurésies purulentes.

a) *Formes pleuro-pulmonaires.*

Ce sont les plus fréquentes parmi les formes pleurales.

Pelloux dans sa thèse rapporte plusieurs cas de *pleurite* ou de *cortico-pleurite.*

1. — Malade de 23 ans, se plaignant de point de côté, de lassitude, de céphalées, de toux et de gêne respiratoire. Température à 37°5. Submatité de 3 travers de doigt à la base du poumon gauche avec diminution des vibrations vocales et nombreux frottements.

15 jours plus tard, la température monte à 39°8, atteint ensuite 40° et demeure en plateau. Le point de côté devient très pénible. Il n'y a pas d'épanchement. Le séro de Wrigt est négatif.

La température revient à la normale; mais 3 jours après, elle subit une nouvelle ascension accompagnée cette fois par des sueurs et des arthralgies. Les signes pleuraux réapparaissent et pendant une semaine la température reste autour de 39°7. En même temps le sérodiagnostic de Wright est devenu positif au 1/1.000. Hémoculture positive pour le mélitocoque.

Vaccinothérapie. Guérison sans reliquats pleuraux.

2. — Homme de 45 ans, souffrant de gêne respiratoire et de douleurs dans l'hémithorax gauche, surtout accusées à la partie supérieure. Température 39°5. Ce syndrome s'aggravant, le malade est obligé de conserver la position assise dans son lit.

Toux sèche et fréquente. Douleur à la pression dans la fosse sus-épineuse gauche. Submatité au sommet du poumon gauche avec diminution des vibrations, quelques râles sous-crépitants et affaiblissement du murmure vésiculaire. Rien à droite. Pouls rapide; assourdissement des bruits du cœur. Foie dans les limites normales. Rate percutable (paludisme antérieur). Température à 40°. Apparition d'arthralgies. Séroagglutination fortement positive pour le mélitocoque.

Vaccin. 4 jours d'apyrexie. Deuxième poussée. Guérison.

Chez ces deux malades, *rien que des signes pleuraux pour ouvrir la scène.* Dans la première observation, les arthralgies et les sueurs n'apparaissent qu'au cours d'une deuxième poussée thermique; dans la seconde observation, les arthralgies apparaissent également tardivement. Pas d'autre symptôme pour faire songer à une mélitococcie, que la température nettement ondulante et dont les poussées correspondent d'ailleurs à une recrudescence des signes respiratoires.

Observation Gounelle et Warter (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, juillet 1935). Condensations et épanchements.

Homme de 44 ans, présentant une fièvre hectique (37°-37°3 le matin et 39°-39°8 le soir), et se plaignant depuis trois mois d'inappétence avec gastralgies, d'amaigrissement et de subictère.

La température oscille d'abord entre 38° et 39°, puis entre 38°5 et 40°5. Amaigrissement. Insomnie. Transpirations abondantes la nuit. Toux. La radiographie montre un léger renforcement généralisé de la trame. Deux hémocultures restent négatives.

On note ensuite une légère obscurité respiratoire de la base droite, s'accentuant les jours suivants et s'accompagnant de submatité, puis de matité.

La température descend à 38°-39°4, cependant que le processus pulmonaire s'étend à la base gauche qui devient submate. A droite, apparition de quelques râles fins. A ce moment la radiographie révèle à droite un renforcement de la trame, et à gauche un peu d'infiltration et de liquide dans le sinus costo-diaphragmatique.

Quelques jours après, réascension thermique de 38° à 40°6; dyspnée intense, battements des ailes du nez, cyanose légère, violente douleur sous-phrénique droite. L'amaigrissement et l'état général s'aggravent de jour en jour. Deux nouvelles hémocultures restent à nouveau négatives. Anémie (hématies 3.500.000). Le diagnostic de tuberculose aiguë est posé.

Pendant quelques jours la température se maintient entre 40°2 et 40°6; le pouls bat à 100-110. Au poumon, nombreux râles. La base droite ne respire pas et reste mate. A gauche, la sonorité est revenue. Radiologiquement : infiltration étendue du tiers inférieur du poumon droit masquant totalement le diaphragme; à la base gauche persiste une légère infiltration.

Puis successivement la température descend à 39°, puis en lysis jusqu'à 37°, la dyspnée et le point de côté rétrocèdent et disparaissent. L'appétit est meilleur; le poumon gauche redevient libre, à droite il existe un souffle tubo-pleural à la partie moyenne, de l'obscurité et de la matité de la base. A la radio : base gauche libre et sinus comblé; à droite diminution de l'infiltration, petit épanchement remontant latéralement, un peu au-dessus, scissurite.

La ponction pleurale ramène un liquide citrin dont la culture demeure stérile.

L'anémie est devenue très sérieuse (1.800.000 globules rouges).

Le malade reste complètement apyrétique pendant une semaine, puis brutalement la température remonte à 39°; réapparition de la dyspnée, des sueurs abondantes. Pouls faible, extrasystoles. Douleurs sous-diaphragmatiques très aiguës. Myoclonies; hoquet; urines rares mais sans albumine. La toux est sèche et très pénible. Oscillations thermiques entre 38°4 et 40°5. On note toujours la matité de la base droite et le souffle tubo-pleural.

Cet état se prolonge durant 8 jours, au bout desquels apparaît à la langue une ulcération qu'un spécialiste attribue à la tuberculose. L'expectoration muco-purulente, d'ailleurs minime, ne renferme pas de B. K.

Entre temps le liquide pleural s'est collecté vers la coupole diaphragmatique droite et les sinus se sont comblés. Une 5e hémoculture reste encore stérile, tandis que le sérum agglutine le mélitocoque au 1/2560 après 24 heures et que la cutiréaction à la mélitine est positive.

Vaccin antimélitococcique de l'Institut Pasteur : la température descend en lysis, oscille encore quelque peu entre 37° et 38° pour se maintenir finalement à 37°. Parallèlement, amélioration de l'état général et régression de tous les signes respiratoires.

4 semaines plus tard, la convalescence est franche; radiologiquement, les deux scissurites sont encore mises en évidence.

Le malade revu 4 mois après, garde de légères séquelles pulmonaires : petite rétraction thoracique avec submatité externe de la base droite. L'examen radiologique met en évidence une infiltration d'aspect scléreux du tiers inférieur du poumon droit.

Revu une deuxième fois un an après et malgré la reprise d'une forte activité physique, le sujet se maintenait dans un état de santé excellent.

Au cours d'une évolution de 2 mois, cette fièvre de Malte simulant une tuberculose aiguë, offre un tableau clinique et radiologique complexe. Les accidents pleuro-pulmonaires successifs sont variés : *infiltration étendue des deux bases, pleurésies, à gauche transitoire, à droite d'abord de la grande cavité, puis diaphragmatique et se terminant enfin par une double scissurite.* Nous reproduisons à la fin de cette thèse, les clichés radiographiques inédits mettant en évidence les diverses phases évolutives. La culture du liquide pleural reste stérile. La courbe thermique garde une allure ondulante typique de mélitoccie. La situation particulièrement sérieuse, amaigrissement prononcé, anémie grave, dyspnée violente, insomnie, douleurs, ulcération de la langue, s'améliore rapidement avec le vaccin, jusqu'à la guérison.

b) *Variété pleurésie séro-fibrineuse.*

Puech et Vidal (Arch. Soc. Sc. méd. Montpellier et Languedoc, février 1933).

Malade de 19 ans, qui, après une mélitococcie à séro fortement positif ayant évolué en 2 mois et cédé à un abcès de fixation, reste complètement apyrétique pendant 6 semaines.

Puis brutalement la température monte à 40° et le malade ressent un violent point de côté dans l'hémithorax gauche, accompagné de syptômes d'épanchement pleural. Une ponction exploratrice ramène un liquide séro-fibrineux, dont la culture donne du mélitocoque. L'examen cytologique met en évidence une réaction

leucocytaire à prédominance polynucléaire. Le sérodiagnostic de Wright dans le sang est positif au 1/800. Hémoculture positive pour le mélitocoque.

Les signes cliniques et physiques rétrocèdent d'ailleurs rapidement, et 11 jours après le début, l'apyrexie est définitive.

La pleurésie apparaît ici comme une véritable complication de la mélitococcie, à laquelle elle ne succède qu'après une période de latence de 6 semaines. Et la brucellose ne revêt la forme respiratoire que lors d'une deuxième poussée thermique. Elle n'en est pas moins strictement spécifique : cultures du liquide pleural et du sang positives pour le mélitocoque. Séroagglutination également positive.

c) *Variété pleurésie purulente.*

Observation Vedel et Vidal (XX[e] Congrès français de Médecine, Montpellier, 1929).

Chez un sujet présentant des signes pleuraux à la base droite accompagnés d'une fièvre prolongée, on fait le diagnostic de mélitococcie.

« Quelques semaines plus tard, une vomique de moyenne abondance évacuait une collection purulente et nous entendions à la base droite, en un point très localisé, tous les signes d'un pyopneumothorax partiel. L'examen radioscopique vérifia l'existence de cette collection enkystée. Le pus recueilli par ponction ne contenait pas de microbes. La guérison était définitive au bout de quelques semaines ».

Il y a tout lieu de croire que cet empyème n'a été qu'une manifestation de la fièvre de Malte, n'apparaissant comme dans l'observation précédente, qu'un certain temps après le début de la maladie. Il est vrai qu'on n'a pas décelé dans le pus le mélitocoque, mais on n'y a pas davantage mis en évidence d'autre microbe. Ajoutons en faveur de la nature brucellienne de cette suppuration pleurale, la guérison définitive au bout de quelques semaines.

Observation Vedel, Puech et Vidal (Arch. de la Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc, février 1929).

Berger de 67 ans, se plaignant depuis deux mois de dyspnée d'effort et de toux avec légère expectoration. N'a jamais eu d'hémophtysie, mais présente un amaigrissement et une perte des forces notables. L'appétit est conservé. Les digestions sont bonnes. L'examen des poumons révèle à la base droite, en arrière, une matité franche avec abolition des vibrations, des frottements et quelques râles sous-crépitants. Pas de souffle. Foie volumineux. Rate percutable. Température, 39°5 avec dénivellations matutinales atteignant 2 degrés.

Au dixième jour, le sérodiagnostic de Wright est négatif, mais l'intradermoréaction de Burnet est nettement positive (ultérieurement le séro se positivera au 1/200). Traitement par du stock-vaccin et chute de la température.

Une nouvelle vague thermique survient et dure 8 jours. Après la disparition de la fièvre, quelques frissons et douleurs dans le côté droit du thorax. A l'auscultation, on entend à la base droite, sur la ligne axillaire, en un point très localisé, un souffle amphorique. L'expectoration devient plus abondante et quelques jours après se produit une vomique d'importance moyenne. Les symptômes locaux restent les mêmes, à part le retour de la sonorité pulmonaire. La température ne dépasse pas 37°5.

Radiologiquement : cavité hydroaérique sur la ligne axillaire à la base de l'hémithorax droit.

L'examen du pus ne montre qu'une flore microbienne pauvre, sans mélitocoque.

Amélioration, puis guérison.

Dans ce cas comme dans le précédent, la radiologie confirme encore entièrement les données cliniques. Dans la deuxième observation, aucun symptôme ne rappelant la brucellose; le début insidieux est presqu'exclusivement d'ordre respiratoire. Il est vrai qu'il existe de l'asthénie et de l'amaigrissement; cependant l'appétit est conservé. Pas de sueurs. Pas d'arthralgies. La température très oscillante décrit deux ondulations. Le Burnet et le séro sont positifs, mais le mélitocoque n'est pas décelé non plus dans le pus.

IV. Abcès du poumon

Observation Delmas et Duhamel (Arch. méd. chir. de l'app. resp., 1931).

Malade de 32 ans, syndrome septicémique depuis 2 mois et demi : début brusque, frissons, température à 40°, en plateau pendant 3 jours.

Depuis ce moment, température hectique et sueurs profuses. A plusieurs reprises, on constate un syndrome pleuro-pulmonaire et une ponction exploratrice avait ramené une petite quantité de pus épais.

A l'examen des poumons, matité de la région moyenne, axillaire et postérieure. Espace de Traube sonore. Radioscopie : ombre régulière, circulaire, de 10 cm de diamètre, à la partie moyenne du poumon gauche, laissant transparaître les côtes; sinus costo-diaphragmatique libre. Crachats : rares particules purulentes et quelques stries sanglantes. Pas de B. K. Microbes peu nombreux; quelques pneumocoques en chaînette. On pense qu'il s'agit d'un abcès post-pneumonique.

Cependant la dyspnée survenant et les crachats sanglants incitent à procéder à une ponction exploratrice; celle-ci ramène à 8 cm de profondeur, un cm^3 de pus très épais. Pas de B. K.; mais des microcoques à Gram négatif très nombreux. Leur ensemencement sur gélose et bouillon ne pousse pas et au bout de 48 heures on l'abandonne.

2 jours plus tard, violentes quintes de toux, expectoration minime, mais renfermant un peu de sang rouge. Forte dyspnée (40 mouvements respiratoires à la minute). Vives douleurs thoraciques. On fait d'urgence une pneumotomie; on ne recueille qu'une quantité minime de pus, mais dès le lendemain se produit un abondant écoulement (250 cc par jour).

Examen du pus : Ziehl négatif; présence de nombreux leucocytes altérés. La culture ne pousse pas. On écarte le diagnostic d'abcès pneumo-bacillaire.

Après l'intervention, chute de la température, réapparition de l'appétit et rapide augmentation du poids.

L'examen radiologique, effectué quelques jours plus tard, montre la disparition de l'ombre centrale et la présence dans le sinus costo-diaphragmatique d'un petit épanchement qui se résorbera par la suite .

Pendant 2 mois, semblant de guérison; puis subitement la température remonte à 38°5, après quoi, durant de longs mois, le malade va être sujet à de nombreuses crises de rétention cédant chaque fois à la réouverture du foyer; de sorte qu'un an presque après le début de la maladie, la fièvre est toujoure élevée, surtout aux moments de l'écoulement du pus. L'hémoculture est négative. Des sueurs profuses apparaissent qui font songer à une fièvre de Malte; celle-ci est confirmée par un sérodiagnostic positif au 1/5.000.

L'examen du pus 3 mois plus tard, à part du pseudo-diphtérique, ne renferme pas d'autre microbe.

Deux intradermoréactions de Burnet successives sont positives.

Cet abcès pulmonaire comporte une évolution très longue (elle n'est pas terminée au moment de la publication de l'observation). On ne peut le rattacher à aucune étiologie habituelle. Cependant la forte positivité du séro de Wright, de même que celle de l'intradermoréaction à la mélitine, l'absence de microbes dans la culture du pus. la présence de nombreux microcoques Gram négatif à l'examen direct, l'allure septicémique de l'affection. sa longue évolution sans que le malade soit particulièrement touché dans son état général, sont des faits militants en faveur de la nature brucellienne de l'affection.

V. Forme granulique

Observation Ducamp, Janbon et Gondard (Soc. méd. de Montpellier, janvier 1929).

Jeune malade de 23 ans, sans antécédent personnel ni héréditaire. Depuis 4 jours, malaise intense, courbatures, frissonnements, phénomènes dyspnéiques très marqués ayant pris rapidement une grande amplitude. Température 40°8. Pouls 116.

Malade étouffant et baigné de sueurs, en proie à des phénomènes d'obnubilation avec subdélire. La langue est humide, à peine saburrale. Les urines sont rares (2 grammes d'albumine par litre).

Aux poumons : râles sibilants disséminés, mais dont l'importance ne cadre pas avec la dyspnée.

La ponction lombaire donne issue à un liquide normal.

On s'arrête au diagnostic de granulie. Cependant en raison de l'origine du malade (il y avait précisément à cette époque une recrudescence de la fièvre de Malte), on pratique l'hémoculture.

Entre temps l'état s'aggrave rapidement, la température monte à 41°1, le pouls est à 122, le malade, de plus en plus dyspnéique, entre dans le coma et meurt eu sixième jour de l'évolution de son affection.

Hémoculture : abondantes colonies de mélitocoques.

Contrairement à l'évolution habituelle de la fièvre de Malte, le présent cas fut moins heureux : après une évolution excessivement rapide, il se termine par la mort. La grosse atteinte de l'état général, la haute température, la dyspnée violente, les phénomènes nerveux ne permettent guère d'évoquer la mélitococcie.

VI. Formes respiratoires hautes : Forme laryngée

Malan note que l'atteinte de l'appareil respiratoire supérieur n'est pas rare, mais que le plus souvent il s'agit de *simple catarrhe*, de *petites hémorragies*, d'*épistaxis*. Vedel et Vidal signalent également la fréquence des épistaxis parfois abondantes et répétées, au cours de la fièvre de Malte.

En ce qui concerne les formes laryngées de la mélitococcie, la littérature paraît extrêmement réduite. Nous citerons 2 observations à leur appui. La rareté des cas publiés ne permet guère de tirer des conclusions.

Observation Vedel et Giraud (Soc. des sciences méd. de Montpellier, mars 1922).

Malade éprouvant depuis 2 mois un malaise mal défini. Depuis 5 jours : état typhique. Séroagglutination pour le T. A. B. tou-

jours négative. Il y a prédominance nette de signes respiratoires : raucité de la voix, toux laryngée, râles pulmonaires diffus. Ces signes vont en s'accentuant. A la base droite matité et présence de râles sous-crépitants; puis les 2/3 inférieurs du poumon droit sont envahis. Expectoration muco-purulente teintée de sang, adhérente. Les crachats ne contiennent à aucun moment de B. K., mais un coccobacille, que l'on considère comme du bacille de Pfeiffer et qu'on ne cherche pas à identifier davantage.

A l'admission, la température du malade est à 38°5; elle se fixe ensuite à 40° et enfin prend le type rémittent. Constipation. La température baisse, mais reprend en décrivant une nouvelle onde.

Une troisième poussée thermique conduit à la mort.

Hémoculture : petit coccobacille à Gram négatif, mélitocoque d'après les propriétés de fermentation et d'agglutination. Repiquage. Les 2 germes agglutinent le sérum antimélitococcique au 1/600.

A l'autopsie : lésions inflammatoires non spécifiques. En outre, larynx congestionné, corde vocale supérieure présentant une ulcération profonde. Les deux lobes inférieurs du poumon droit révèlent des foyers de broncho-pneumonie; la plèvre droite présente quelques fausses membranes et un épanchement pleural notable. Nulle part de lésions tuberculeuses ou spécifiques autres.

Observation Malan (Revue de laryngologie. 15 fév. 1931).

Malade de 27 ans, qui après quelques jours de profond malaise, subit une ascension thermique à 41° suivie de frissons. Pendant 40 jours, oscillations thermiques entre 38°5 et 40°.

Dès la première semaine, céphalées violentes et dysphagie très pénible qui ira en s'accentuant.

15 jours après le début, la déglutition est devenue presque impossible. Sur l'amygdale droite et sur la paroi pharyngée latérale droite, on aperçoit de larges plaques grisâtres, d'aspect couenneux, adhérentes et entourées d'une muqueuse très tuméfiée. L'épiglotte offre des lésions identiques. Tout le larynx est hyperhémié. Adénopathie sous-angulo-maxillaire droite.

La voix est faible et voilée.

On songe à la fièvre typhoïde, puis à la granulie. Mais au bout de 15 jours, on obtient des résultats de laboratoire positifs pour le mélitocoque.

Pendant ce laps de temps, les lésions se sont propagées jusque dans la loge amygdalienne gauche et sur la langue qui finit par présenter une ulcération à surface gris sale très anfractueuse.

La cicatrisation de ces lésions dure 5 semaines; sur le pharynx, elle se fait sans séquelles; sur la langue, elle prend la forme étoilée. Les lésions laryngées sont particulièrement rebelles. Le processus nécrotique avait envahi le fibro-cartilage épiglottique et en avait détruit les parties latérales. Ainsi l'épiglotte reste fortement déformée. Les aryténoïdes également touchées, guérissent plus facilement.

L'état général, très sérieux au début, s'améliore en même temps que les lésions locales. Et lorsque la déglutition est à nouveau possible, il redevient rapidement bon.

Quant au traitement, la trypaflavine semble l'avoir nettement emporté sur le vaccin dans la guérison locale.

Ces deux observations de laryngite mélitococcique, comportant en plus l'une une broncho-pneumonie, l'autre une pharyngite et ulcération linguale, possèdent plusieurs traits communs. La laryngite dans les deux cas, survient chez des mélitococciques chez lesquels aucun fait probant ne permet de songer à une association de deux maladies.

L'allure grave de l'ulcération laryngée qui fait évoquer la bacillose, avec présence de germes banaux (dans le premier cas les coccobacilles trouvés pouvaient fort bien être du mélitocoque), permet malgré la rareté des cas signalés, d'ouvrir un chapitre aux laryngites mélitococciques.

Chapitre III

LE DIAGNOSTIC DES MÉLITOCOCCIES RESPIRATOIRES

Les formes respiratoires de la mélitococcie n'offrent pas du point de vue de leur évolution et de leur pronostic d'intérêt particulier. Elles se confondent en cela avec la forme classique de la fièvre ondulante.

Le problème délicat réside dans la différenciation de ces formes des affections pulmonaires qu'elles sont susceptibles de simuler.

Les erreurs et les confusions ont été nombreuses et à l'heure actuelle encore, sont fréquentes. Quand le diagnostic de mélitococcie respiratoire est finalement exprimé, c'est très souvent lorsque la maladie a déjà évolué un certain temps. Il est vrai que ce diagnostic n'est pas toujours aisé à faire. Il est particulièrement difficile lorsqu'à côté de la symptomatologie respiratoire, les signes de la série mélitococcique demeurent peu accusés ou même font complètement défaut.

Il importe avant tout d'envisager le diagnostic différentiel avec les bronchites accompagnées ou non de congestion des bases, les pneumopathies aiguës et la tuberculose.

1) *Bronchites avec congestion simple ou grippale.*

Chez un malade présentant un malaise général : fatigue, courbature, arthralgies, céphalées, une fièvre élevée, un pouls souvent dissocié, des frissons et des sueurs, on songe naturellement à la grippe, surtout si se surajoutent à ces signes de la toux, de la bronchite et un syndrome congestif des bases. Cette opinion semble trouver confirmation si la maladie intervient en période d'endémie ou d'épidémie grippale. Aussi n'est-il pas étonnant que certains malades aient guéri sans que le diagnostic ait été rectifié.

On ne soupçonne généralement la nature mélitococcique du mal que lorsque la température traîne, ou qu'après une phase d'apyrexie, la reprise fébrile, associée à celle des signes pulmonaires, fait évoquer l'étiologie brucellienne rapidement confirmée par le sérodiagnostic, l'intradermoréaction et l'hémoculture.

2) Lorsque la mélitococcie revêt la *forme de congestion aiguë du poumon, pneumonie, broncho-pneumonie ou abcès pulmonaire*, la confusion est fréquente, voire habituelle. Des signes physiques et radiologiques facilitent encore cette méprise.

En pratique ces cas paraissent relativement peu nombreux.

3) *Tuberculose pulmonaire.*

La bacillose pulmonaire est très souvent évoquée à l'occasion d'une brucellose respiratoire. Condensation des sommets avec ou sans réaction pleurale, tuberculose évolutive, granulie, pleurésies séro-fibrineuses et purulentes....., toutes les modalités peuvent être observées. Les conséquences fréquentes d'une erreur de diagnostic sont toujours importantes, on le conçoit. Envoyer à tort au sanatorium un malade considéré

comme tuberculeux alors qu'il est simplement mélitococcique, constitue toujours une erreur, regrettable aussi bien pour le médecin que pour le patient. Au premier on ne pardonne pas la faute diagnostique qui occasionne au second un préjudice moral et matériel certain.

Sur 64 malades observés par Salan, 10 furent considérés suspects de tuberculose; et parmi eux certains eurent leur diagnostic confirmé par un dispensaire; l'un d'entre eux même entra au sanatorium.

Ledoux cite l'histoire d'un malade atteint de brucellose méconnue, faussement diagnostiqué tuberculeux, chez lequel on en vint jusqu'à pratiquer un pneumothorax.

Rappelons l'épidémie historique de 1860, survenue à Malte, rapportée par Dudley : beaucoup de sujets étiquetés tuberculeux furent renvoyés dans leurs foyers et certains réformés.

La coexistence possible de la tuberculose avec la mélitococcie vient compliquer les choses. En effet, un séro de Wright positif chez un malade considéré auparavant comme tuberculeux, ne suffit pas pour écarter d'une façon absolue la bacillose. Il faut que des examens répétés de crachats dénotent l'absence de B. K., et que l'inoculation au cobaye reste négative. La tuberculose peut s'associer à la fièvre ondulante soit en la précédant, soit en l'accompagnant, soit en la compliquant.

LES ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC

Pour éviter les redites, le diagnostic sera envisagé en considérant l'ensemble des formes cliniques, et en insistant plus particulièrement sur les pseudo-tuberculeuses. Nous passerons successivement en revue les différents symptômes de la mélitococcie, leur fré-

quence et les caractères qu'ils revêtent au cours des formes respiratoires, leur valeur sémiologique pour le diagnostic de brucellose.

Données étiologiques

La notion de l'endémie brucellienne est un renseignement intéressant. Dans les régions où la mélitococcie est habituelle, les formes respiratoires sont moins facilement méconnues. Il en va autrement dans les contrées où la fièvre de Malte quoiqu'existante ne s'y montre qu'à l'état sporadique.

La connaissance de la profession du sujet est un autre indice; tous les sujets en contact direct ou indirect avec des animaux infectés, caprins, ovins et bovins, sont naturellement susceptibles de contracter la maladie : bergers, éleveurs, vétérinaires, bouchers, employés des abattoirs...

Des antécédents bacillaires familiaux, héréditaires, collatéraux et personnels ne sont pas mis en évidence comme lorsqu'il s'agit de tuberculose pulmonaire. Leur présence cependant ne saurait faire écarter l'hypothèse de brucellose.

Signes généraux

L'état général.

De nombreuses mélitococcies respiratoires peuvent évoluer et présenter parfois des signes physiques et fonctionnels importants, sans que l'état général en paraisse très affecté. Ce contraste entre le maintien d'un bon état général et la présence d'une symptomatologie respiratoire bien établie, a été souligné par Ledoux : « Un malade atteint de brucellose qui tousse et qui est un grand fébricitant, conserve souvent un état général satis-

faisant. Nous avons vu cette discordance entre une symptomatologie assez impressionnante, toux persistante, râles de bronchite, fièvre, sueurs profuses et le maintien d'un état général excellent; et nous nous rappelons un certain malade qui avait été traité comme tuberculeux, chez lequel on avait même créé un pneumothorax, qui après avoir toussé, ne toussait plus, qui continuait à accuser une fièvre élevée et des sueurs profuses, mais qui conservait un état général excellent. Cette discordance paradoxale avait frappé le médecin traitant qui nous avait adressé ce malade pour reviser le diagnostic. Il était en effet atteint de brucellose d'origine bovine. »

De même Papon et Tartavez chez leur patient, malgré une symptomatologie sérieuse et la longue évolution de la maladie, constatent un bon état général.

Béthoux souligne l'état général excellent chez sa jeune malade considérée comme tuberculeuse.

Il est loin d'en être toujours ainsi et l'hésitation devient naturelle en face d'une mélitococcie à symptomatologie pulmonaire accompagnée d'une profonde atteinte de l'état général.

L'asthénie et l'amaigrissement sont fréquents dans la brucellose et occupent parfois une place majeure dans l'expression clinique de la maladie, en particulier dans les formes pseudo-tuberculeuses.

L'inappétence par contre est assez peu marquée dans la brucellose; elle est de règle dans les états tuberculeux. Cette conservation relative de l'appétit avait frappé Papon et Tartavez. C'est cette même constatation qui étonne Gounelle et Warter chez leur malade étiqueté tuberculeux.

L'anémie, et souvent une anémie particulièrement sévère, est caractéristique de la mélitococcie. Nous l'étudierons avec les signes de laboratoire.

La température.

Lorsque la fièvre est ondulante, l'apparition de la phase d'apyrexie doit faire songer à la mélitococcie ; mais toutes les fièvres de Malte ne s'accompagnent pas d'une courbe thermique classique. Tous les types de température, intermittente, rémittente, inverse, continue, sub-normale, son absence même, ont pu être notés. La difficulté diagnostique s'en accroit lorsqu'ils accompagnent des formes respiratoires au cours desquelles les hypothèses peuvent être nombreuses. Ainsi une fièvre de 40° en plateau évoque la pneumonie, une température hectique oscillant quotidiennement entre 38° et 39°5 la suppuration, la fièvre irrégulière donne à penser à la broncho-pneumonie, la subfébrilité à 37°5-38° comme dans l'observation de Rogalski à la tuberculose, enfin la chute de la température au troisième jour d'une évolution fait songer au V grippal.

Dans l'ensemble des cas pourtant, si l'on prend soin d'examiner sur un certain laps de temps la courbe thermique, il est rare que l'on n'y décèle pas de phase ondulante portant sur plusieurs jours avec une recrudescence simultanée des signes locaux. Ces ondulations sont d'amplitude variable. La valeur diagnostique qu'elles comportent n'est pas douteuse. Léon Bernard, tout en signalant qu'il existe également des fièvres ondulantes tuberculeuses, souligne cependant l'importance diagnostique primordiale de cette courbe thermique dans la fièvre de Malte.

En pratique malheureusement, cette valeur est diminuée du fait que le renseignement ne peut jouer qu'après un certain temps d'observation du malade. Il reste cependant essentiel dans les cas encore fréquents où le diagnostic demeure incertain malgré une évolution déjà longue.

Le pouls.

Il n'apparaît pas qu'on ait attaché une grande valeur diagnostique au pouls. Souvent même on omet de le noter dans les observations; pourtant son intérêt n'est pas négligeable au cours de la fièvre de Malte. Sa dissociation d'avec la température est fréquente. A une fièvre de 39° ou 40°, correspond le plus souvent un pouls inférieur à 100. Le caractère est assez net pour attirer l'attention. Dans une observation de Janbon et Balmès, une température de 40° coexiste avec un pouls à 90; dans une autre de Pelloux, fièvre à 39°5 et pouls à 96.

Dans la très grande majorité des affections respiratoires, la fréquence du pouls marche parallèlement à l'ascension thermique. Dans l'une d'elles cependant, la dissociation du pouls possède une valeur séméiologique certaine, c'est au cours de la grippe. Aussi dans les mélitococcies à forme grippale, le pouls peut être un argument étayant à tort le diagnostic de grippe vraie et nous n'en voulons comme exemple que l'observation de la page 18, où la discordance de la température à 39° et du pouls à 80 avait initialement incité à admettre un diagnostic de grippe.

Les frissons.

Les frissons prennent part au cortège habituel des symptômes communs aux infections aiguës; comme tels, ils se trouvent aussi fréquents dans la mélitococcie que dans les affections respiratoires que celle-ci peut simuler (pneumonie, broncho-pneumonie, congestion pulmonaire, suppurations pleuro-pulmonaires....).

Les sueurs.

Les sudations chez le mélitococcique comme chez le tuberculeux sont un signe courant. Tandis que les frissons ne témoignent d'aucun caractère spécifique, les

sueurs présentent des caractères différentiels pouvant être très accusés. Les sueurs des mélitococciques se distinguent par leur abondance parfois absolument extraordinaire; elles exhalent en outre une odeur particulière, celle de paille pourrie. Les sueurs des tuberculeux sont bien plus modérées, mais comme dans la mélitococcie, elles sont nocturnes et présentent une grande régularité. Quant aux sudations des infections respiratoires aiguës, elles surviennent au moment des variations de température et accompagnent le frisson.

Les sueurs brucelliennes ne possèdent cependant pas toujours leurs caractères typiques : elles peuvent rester très modérées et ne pas présenter d'odeur particulière. Elles peuvent même manquer; cette éventualité n'est pas rare et certains auteurs l'ont signalée au cours de leurs observations. La possibilité d'une apparition tardive au cours de l'évolution est également à envisager. Toutes ces modalités atypiques tendent à éloigner du diagnostic de brucellose.

La constipation.

La constipation est de règle dans le mélitococcie.

Signes fonctionnels

La toux.

La toux, symptôme habituel de toute mélitococcie, prend dans ses formes pleuro-pulmonaires une importance accrue; mais sa signification demeure trop banale pour fournir une indication diagnostique quelque peu utile.

La toux est sèche ou s'accompagne d'une expectoration muqueuse, muco-purulente ou purulente.

L'expectoration.

L'expectoration n'offre pas de caractères bien distinctifs. Dans la pseudo-pneumonie relatée par Mlle Gautier, les crachats étaient cependant rouillés et visqueux; et dans quelques congestions et pseudo-tuberculoses, ils contenaient des stries sanglantes.

L'hémoptysie.

Signalée à plusieurs reprises, l'hémoptysie doit prendre rang parmi les symptômes possibles des brucelloses respiratoires.

Sa présence constitue un gros écueil supplémentaire pour le diagnostic de ces formes.

L'apparition d'une hémoptysie chez un sujet fébricitant, pâle, amaigri, fatigué, toussant et crachant depuis quelque temps, semble confirmer un diagnostic de tuberculose qui jusqu'alors était resté en suspens.

L'hémoptysie dans la fièvre de Malte ne revêt pas de caractère clinique particulier; comme dans la bacillose le crachement de sang peut survenir tantôt abondant et unique (Salan, Rogalski), tantôt léger et répété, ou encore se réduire à une simple expectoration hémoptoïque.

La dyspnée.

La dyspnée légère qui accompagne si fréquemment les phases de début de la tuberculose pulmonaire fait complètement défaut dans les observations de mélitococcie pseudo-tuberculeuse. La dyspnée peut cependant se manifester au cours de la fièvre de Malte (formes pseudo-granuliques, formes aiguës, pleurésies, malades âgés et affaiblis, etc...), notamment dans les cas où une infiltration pulmonaire ou un épanchement pleural la conditionnent mécaniquement.

Les algies.

Le point de côté pulmonaire n'est pas rare.

Comme dans la forme classique, les céphalées, myalgies et arthralgies se retrouvent dans les formes respiratoires de la fièvre de Malte, mais avec peut être moins de constance.

Parmi elles, les arthralgies possèdent une valeur séméiologique certaine. Le plus souvent multiples, elles peuvent aussi rester localisées à une ou deux articulations; elles sont alors susceptibles, lorsqu'il s'agit de scapulalgie par exemple, d'être intégrées dans un tableau de tuberculose pulmonaire, ou encore lors d'une localisation vertébrale ou au membre inférieur, de faire songer à une ostéo-arthrite tuberculeuse.

Les arthralgies comme les sueurs, n'existent pas toujours dès le début de l'évolution; elles apparaissent fréquemment au cours d'une deuxième poussée thermique; leur absence complète est somme toute rare.

Les algies musculaires sont moins souvent observées.

Quant aux céphalées, assez typiques de la fièvre ondulante, leur existence en général dans tous les états comportant une température élevée et en particulier la grippe, leur ôte une grande part de leur signification.

Signes physiques

Parmi les auteurs qui ont étudié les pseudo-tuberculoses mélitococciques, d'aucuns sont d'avis que ce sont avant tout les signes généraux qui conduisent au diagnostic erronné de tuberculose, alors que les signes physiques ne jouent à cet égard qu'un rôle secondaire, si même ils ne font pas complètement défaut. Cette assertion ne manque pas de vérité, surtout lorsqu'elle se rapporte aux cas simulant la tuberculose incipiens. Rien d'étonnant à cela, puisqu'aussi bien dans certaines circonstances, la bacillose se manifeste initialement par des

signes généraux, alors que les signes physiques encore très frustes doivent être recherchés avec soin et souvent vainement.

La publication d'autres formes respiratoires de la fièvre de Malte, telles que congestions aiguës, pneumonies, pleurésies, etc. . ., de connaissance plus récente, n'a pas toutefois confirmé cette manière de voir. Et c'est ainsi que dans certaines observations, les signes physiques peuvent résumer presqu'à eux seuls le tableau clinique.

Parmi ceux-ci en premier lieu sont nets les signes de condensation pulmonaire. Ainsi les observations de mélitococcie respiratoire à type congestion pulmonaire, pneumonie, certaines pseudo-tuberculoses, se traduisent par une submatité ou une matité nette avec augmentation des vibrations. La respiration offre des types divers : elle peut être rude et soufflante, prolongée; à l'inverse le murmure vésiculaire peut être très affaibli. La présence de râles sous-crépitants et de râles de bronchite est habituelle. Dans les pleurésies, qu'elles soient séro-fibrineuses ou purulentes, les signes physiques sont particulièrement précis et se superposent en tous points à ceux de la pleurésie classique. Même constatation pour l'abcès du poumon que nous citons.

L'absence d'un ou de plusieurs signes physiques, l'atypie d'un autre, doivent dans certains cas éveiller l'attention, surtout si l'on a déjà d'autres raisons de douter du diagnostic; le fait se vérifie particulièrement dans certaines formes pseudo-tuberculeuses. A l'inverse l'existence d'une symptomatologie physique bien établie apporte une difficulté supplémentaire et contribue de surcroît à faire errer le diagnostic.

Signes radiologiques

Léon Bernard, dans la Presse Médicale, Octobre 1934, écrivait :

« Il est remarquable à la lecture des observations, qu'il ne semble pas que l'examen radiologique des poumons ait été pratiqué dans les cas où la confusion a été poussée assez loin et s'est maintenue hors de raison. »

Dans plus d'un tiers des observations que nous avons citées, l'examen radiologique n'a pas été effectué. Dans les autres, les résultats peuvent se classer en deux séries : ou bien examen radiologique ne révélant pas d'anomalie, ou bien examen radiologique plus ou moins conforme aux données cliniques.

Dans la première éventualité, il s'agit en général de mélitococcies simulant une tuberculose incipiens; et l'on conçoit qu'il puisse en être ainsi si la lésion est trop petite ou n'a pas encore suffisamment évolué pour être visible à l'examen radiologique. Même possibilité se rencontre aux phases de début des tuberculoses.

Les cas où l'examen radiologique confirme la clinique, correspondent à ceux qui comportent une symptomatologie nette. Extrêmement précis et concordant dans certains cas, pyopneumothorax de Vedel, Puech et Vidal, abcès pulmonaire de Delmas et Duhamel, pleurésie avec congestions de Gounelle et Warter *dont nous reproduisons les clichés inédits à la fin de ce travail, planches I à VI*, le résultat radiologique s'avère beaucoup plus vague dans d'autres cas (pneumonie de Mlle Gautier), ou condensations des sommets simulant l'infiltration tuberculeuse.

D'autre part, l'examen radiologique est susceptible de conduire à une conclusion différente de celle que l'on escomptait. Hallé signale le fait chez un jeune garçon; après une mélitococcie, en raison de caractères faisant songer à la bacillose, on craint une complication tuberculeuse. L'examen radiologique révèle dans les deux champs pulmonaires des ombres, mais elles n'ont pas l'aspect bacillaire, et consistent en plaques homogènes, arrondies et à bords mamelonnés. La guérison survient complète.

De pareils faits prouvent une fois de plus l'utilité d'un examen radiologique systématique et minutieux.

La négativité de l'examen radiologique chez certains malades a incontestablement remis en suspens un diagnostic d'infiltration tuberculeuse qui paraissait admis.

Si à l'inverse, l'examen radiologique concorde avec les données cliniques, la difficulté s'accroît pour diagnostiquer l'origine de l'affection.

Autres organes

Le foie et la rate.

Le foie et la rate sont hypertrophiés d'une façon à peu près constante au cours de la mélitococcie. Si on ne note pas toujours de spléno et d'hépatomégalie importantes, une rate percutable ou un hypochondre droit sensible font rarement défaut.

Le rein.

Le rein, bien que le mélitocoque s'élimine à son niveau, est assez exceptionnellement touché dans la fièvre de Malte. C'est justement le contraire qui se passe dans les maladies infectieuses habituelles ; aussi dans les pneumopathies d'étiologies diverses, l'albuminurie est-elle commune, alors que dans les mélitococcies respiratoires, elle fait généralement défaut.

Le myocarde.

Une des caractéristiques des affections aiguës de l'appareil respiratoire est de s'accompagner assez précocement de retentissement sur le myocarde, soit du fait de la localisation directe de l'infection causale, soit indirectement en raison de l'encombrement circulatoire au niveau du poumon, et le plus souvent par conjugaison des deux causes.

Rien de tel dans la mélitococcie. En règle générale, on s'accorde à reconnaître à cette infection la particularité de ne toucher qu'exceptionnellement le cœur; et si certaines localisations endocarditiques, soit simples, soit malignes (observation de Gounelle et Warter, Soc. méd. Hôp. Paris, 5 juillet 1935) ont été notées, elles n'en restent pas moins une rareté et en pratique le myocarde souffre peu.

Par ailleurs, la fièvre de Malte ne conditionne guère au niveau du parenchyme pulmonaire de condensation suffisamment massive pour créer de gêne très appréciable de la petite circulation. Une dextrocardie à la suite d'un épanchement pleural a cependant été signalée.

Ces faits comportent une sanction diagnostique intéressante. Au cours des formes respiratoires de la fièvre de Malte, les signes de défaillance cardiaque n'interviennent en général que peu, ou ne se produisent qu'aux phases toutes terminales de la maladie.

La bradycardie, ou mieux la dissociation du pouls et de la température rappelons- le. est un phénomène assez courant : nous l'avons précédemment discuté.

Signes de laboratoire

Le sang.

Une anémie du type hypochrome est l'apanage tout autant de mélitococcie que de tuberculose. Au cours de la fièvre de Malte, le chiffre des hématies peut s'abaisser à un taux très bas et même devenir inférieur au million; une anémie aussi accentuée ne s'observe pas en principe dans la tuberculose.

Dans la mélitococcie. un chiffre normal de leucocytes ou même une leucopénie relative avec légère monocytose s'opposent à la polynucléose modérée des formes aiguës de la tuberculose.

Crachats, épanchements et pus.

Pour avoir en théorie le droit certain d'étiqueter mélitococcie une affection respiratoire, il faudrait pouvoir déceler la présence du brucella dans les crachats, le pus ou les épanchements. Or comme nous l'avons vu, cette découverte constitue l'exception. Sont à incriminer au moins partiellement, soit le défaut d'une recherche systématique ou même l'absence de toute recherche, soit une technique imparfaite. L'absence répétée de tout germe pathogène dans les liquides organiques est cependant à considérer comme un signe militant en faveur de la mélitococcie.

Il faut donc préciser cette absence de germe pathogène et en particulier de B. K. Et pour cela il sera plus que jamais nécessaire de ne pas se fier à un unique examen négatif. Pour les crachats, les Ziehl seront répétés après homogéinisation et l'inoculation au cobaye pratiquée; on procédera de même pour les épanchements séro-fibrineux ou purulents de la plèvre, pour le pus d'un abcès pulmonaire.

Pour avoir le droit d'affirmer une mélitococcie respiratoire, doivent d'autre part être absents des liquides organiques prélevés, tous les germes susceptibles d'engendrer une infection pulmonaire.

Epreuves biologiques.

Ce sont les seules dont la valeur diagnostique est sûre, constante et irrécusable. Encore faut-il les rechercher avec soin et ne pas non plus se contenter d'un seul examen.

Toute mélitococcie suppose la positivité du sérodiagnostic de Wright, de l'intradermoréaction de Burnet et de l'hémoculture pour le mélitocoque.

Avec Burnet, on admet généralement la positivité du sérodiagnostic à partir du 1/80.

Les conditions suivantes doivent être remplies : 1) Chauffer à 56° pendant 20 minutes le sérum à examiner; 2) Employer comme microbe agglutinable le bacillus abortus; 3) Si le sérum chauffé ne l'agglutine pas, utiliser le paramelitensis.

L'agglutination apparaît le plus souvent du 5e au 6e jour, mais elle est parfois retardée. D'autre part, le pouvoir agglutinant du sérum varie d'un jour à l'autre et peut même disparaître passagèrement. Il est donc essentiel en cas de négativité, de recommencer l'opération.

Une intradermoréaction de Burnet positive se traduit par une petite plaque œdémateuse, rouge et douloureuse, apparaissant dès la 6e heure et persistant jusqu'à la 40e et 50e heure.

L'hémoculture doit être étudiée avec patience, car le brucella ne pousse souvent qu'après 4, 5, 6 et même 10 ou 15 jours.

En pratique on ne procède pas toujours à l'ensemble des trois examens, et la plupart du temps la séroréaction seule est effectuée chez le malade.

CONCLUSIONS.

Que faut-il en définitive retenir pour établir un diagnostic entre les formes respiratoires de la mélitococcie et les affections respiratoires avec lesquelles on peut les confondre,?

Seuls les examens de laboratoire possèdent une valeur absolue; ils témoignent de la réalité d'une brucellose et de l'absence d'une autre infection.

Mais déjà un examen clinique minutieux du malade peut et doit orienter l'esprit vers la mélitococcie; c'est lui qui conditionne les recherches de laboratoire dont la réponse sera rapidement concluante. La présence d'un ou de plusieurs signes pathognomoniques de la mélito-

coccie doit faire évoquer cette affection, même lorsqu'une symptomatologie pulmonaire prééminente semblerait appeler un autre diagnostic.

Insistons sur ce fait, car ne sont pas exceptionnels les cas où en dépit de plusieurs signes spécifiques, le diagnostic ne fut pas établi. Des sueurs anormalement profuses, des douleurs articulaires, une fièvre oscillante et ondulante, une anémie prononcée, doivent faire songer à une fièvre de Malte. Le pouls offre un intérêt non contestable; lorsqu'il est dissocié de la température, la mélitococcie respiratoire ne peut guère être confondue qu'avec une localisation grippale et accessoirement typhique.

Des symptômes moins spécifiques, la constipation, la spléno et hépatomégalie, apportent par leur coexistence une indication utile.

L'absence habituelle de retentissement cardiaque est à retenir; de même l'intégrité rénale, un manque fréquent d'antécédents pathologiques, une évolution assez longue avec recrudescences durant lesquelles l'état général, amaigrissement mis à part, demeure souvent très bon.

Les constatations physiques ne facilitent le diagnostic que lorsqu'elles sont incomplètes ou atypiques; l'existense d'une symptomatologie physique nette avec précisions radiologiques contribue plutôt à faire égarer le diagnostic.

Chapitre IV

LE DIAGNOSTIC AU COURS DES BRUCELLOSES

---

1. Complications respiratoires non mélitococciques au cours de la fièvre de Malte

a) *Associations brucello-tuberculeuses.*

De nombreux auteurs, Janbon et Balmès, Salan dans sa thèse inspirée par Lisbonne, Jullien, Léon Bernard, se sont occupés des associations brucello-tuberculeuses et en ont rapporté des observations.

La mélitococcie étant une maladie anergisante, il n'est nullement étonnant qu'une tuberculose puisse se développer à côté d'elle, ou se réveiller à l'occasion de la maladie nouvelle. Le début souvent insidieux des brucelloses permet à la bacillose d'évoluer pour son propre compte.

Il importe de bien connaître ces faits pour n'avoir pas à les confondre avec des mélitococcies respiratoires. Voici des observations particulièrement probantes.

Janbon et Balmès (XX^{e} Congrès français de Médecine, Montpellier, 1929).

Homme de 38 ans, malade depuis 5 semaines; amaigrissement notable, asthénie, toux et expectoration légère d'aspect banal. Ni sueurs, ni arthralgies. La température oscille autour de 39°. Aucun antécédent pathologique.

Aux poumons : bronchite généralisée et aux deux sommets quelques râles fins. Léger souffle systolique à la pointe du cœur. Rate percutable; foie augmenté de volume.

La radioscopie révèle des sommets légèrement obscurs et une forte réaction hilaire.

La recherche du bacille de Koch reste à plusieurs reprises négative. Les crachats ne renferment qu'une flore microbienne variée et banale.

Le sérodiagnostic de Wright est positif au 1/400. L'hémoculture donne du mélitocoque.

Un mois après, apparaît une épididymite bilatérale.

Le sujet quitte l'hôpital 4 semaines plus tard, mais non amélioré.

Il est revu 10 semaines après. La situation s'est aggravée : amaigrissement marqué, toux, expectoration purulente. A l'auscultation, signes de ramollissement des deux sommets et de pleurésie bilatérale; lésions confirmées par un examen radiologique.

A partir de ce moment, évolution rapide vers la mort. La mélitococcie semble bien guérie (épididymite disparue, séroréaction sang et liquide pleural négative). L'ensemencement du liquide pleural reste stérile; forte teneur en albumine et réaction cellulaire mixte à prédominance polynucléaire. 3 examens de crachats pour la recherche du B. K. restent négatifs. Ce n'est que quelques jours avant l'issue fatale que ces derniers peuvent être décelés.

A l'autopsie : lésions bacillaires étendues.

Toute la première partie de cette observation fait de toute évidence songer, d'après ce que nous avons vu, à une mélitococcie respiratoire : existence indiscutable de fièvre de Malte, absence de signes propres à la tuberculose, en particulier de B. K., à l'examen radiologique simple obscurité des sommets. Un indice cependant contre cette hypothèse : l'absence d'amélioration à la sortie d'hôpital. Les signes de ramollissement des deux sommets contrastent pendant un certain temps avec une absence prolongée de B. K. dans les crachats et un épanchement pleural stérile. L'étiologie tuberculeuse n'est en effet confirmée qu'en fin d'évolution.

En somme en raison de son extériorisation tardive, l'évolution de cette bacillose est particulière. Elle a pu se greffer insidieusement sur une mélitococcie qui lui avait préparé le terrain.

Les trois malades de Jullien (Paris Médical, 16 Septembre 1933), sont comparables. Ce qui les caractérise c'est encore le mauvais état général persistant entre les poussées thermiques, l'allure grave d'emblée de la maladie, le diagnostic de la tuberculose relativement tardif et l'issue fatale. Celle-ci en effet est presque toujours de règle dans ces cas d'association des deux maladies. La mélitococcie étant seule retenue, on ne soupçonne pas la tuberculose dont l'évolution, se faisant sur un terrain propice, n'en est que plus précipitée; et lorsque plus tardivement, l'apparition d'une hémoptysie brutale, l'auscultation de signes de ramollissement, ou une cachexie rapide et inexpliquée frappent l'attention du médecin, il est en général trop tard pour intervenir efficacement.

b) *Autres associations brucello-respiratoires.*

La tuberculose n'est pas la seule affection susceptible de compliquer une fièvre de Malte. D'autres affections spécifiques sont capables de jouer ce rôle.

Ainsi Camatte (Soc. méd. du Dépt. d'Oran, Janvier 1932), décrit une curieuse observation de fièvre de Malte associée à une *pneumonie*. Le début est mal précisé et l'on ne peut pas dire quelle est la maladie qui commence. Le diagnostic de mélitococcie étant posé, on pouvait légitimement supposer, en raison de multiples antécédents pulmonaires du petit malade, une localisation brucellienne élective sur l'appareil respiratoire; les étapes évolutives sont marquées par 4 ondulations thermiques typiques, chacune accompagnée par une recrudescence des signes pulmonaires. Et cependant la présence dans l'orga-

nisme, simultanée de pneumocoque et de mélitocoque doit faire ranger ce cas dans les associations ou complications respiratoires et non dans les formes respiratoires proprement dites.

Observation :

Enfant de 3 ans 1/2, entrant à l'hôpital pour fièvre intermittente. La mère ayant été atteinte de paludisme durant sa grossesse, on avait d'abord songé à cette affection.

Enfant délicat, dont les antécédents comportent plusieurs affections respiratoires (pneumonie, coqueluche et nombreuses bronchites).

La température élevée, de type intermittent, avait débuté brusquement; puis chute suivie d'une période d'apyrexie complète pendant un mois au bout duquel la température remonte à nouveau.

15 jours après cette reprise, le petit malade est vu par le Docteur Camatte.

Enfant anémique, abattu. Fièvre à grandes oscillations à acmé le plus souvent vespéral et dépassant fréquemment 40°, et descendant quelquefois au-dessous de 37°. Pouls 120. Foie et rate augmentés. Urines troubles.

Examen du sang : pas d'hématozoaires, séroagglutination T. A. B. négative, séroréaction de Wright positive au 1/100. Du paramelitensis pousse dans l'hémoculture.

La fièvre tombe, mais atteint encore 40° par la suite. En même temps, l'enfant se plaint de son hémithorax où constamment il porte la main. La respiration est superficielle. Un mois auparavant, l'enfant avait déjà présenté un syndrome identique.

Aux poumons : percussion normale; respiration un peu soufflante à droite; nombreux frottements-râles dans la région axillaire.

Sous l'écran : à la partie moyenne du parenchyme pulmonaire, image typique de pneumonie : opacité homogène de forme triangulaire à base axillaire et à sommet dirigé vers le hile.

Quelques jours plus tard, disparition du point de côté; de même à l'auscultation, on n'entend plus de frottements-râles. Malgré l'administration de vaccin antimélitococcique, la fièvre dure 1 semaine encore; elle est suivie d'une période d'apyrexie de

6 jours. Nouvelle onde fébrile accompagnée d'une violente douleur thoracique droite et réapparition des râles; l'image radioscopique conserve le même aspect, mais elle est un peu plus pâle.

Au cours de cette 4e onde fébrile se manifeste un syndrome méningé. Dans le L. C. R. on met en évidence de nombreux pneumocoques.

En somme dans ce cas, la mélitococcie paraît avoir imprimé ses caractères évolutifs propres à la pneumonie qui est ainsi devenue atypique. Chez l'enfant, il est vrai, l'atypicité est fréquente au cours des pneumonies.

Ce genre d'association n'est peut-être pas exceptionnel. Il faut toujours penser à la possibilité pour les localisations respiratoires qui surviennent au cours de brucelloses, de cacher en réalité deux maladies distinctes. Ce qui démontre une fois de plus l'importance primordiale qui doit être attachée à la recherche systématique des données de laboratoire.

⁂

Ainsi, autant il importe de ne pas confondre une mélitococcie respiratoire avec une autre affection spécifique du poumon, autant il importe de ne pas méconnaître une mélitococcie compliquée d'une localisation pulmonaire relevant d'un autre germe.

Le caractère pronostique est nettement distinct dans les deux possibilités; en cas de mélitococcie respiratoire, il est en général bénin; en cas de complication non mélitococcique, il est réservé et très souvent fatal.

2. Mélitococcie survenant chez les tuberculeux

Des tuberculeux anciens ou même évolutifs peuvent contracter la fièvre de Malte. Il ne faut pas se méprendre et poser le diagnostic de mélitococcie respiratoire.

Le pronostic de l'affection bacillaire chez de tels malades ne paraît pas devenir plus mauvais.

Pelloux cite le cas d'un malade tuberculeux depuis 1 an 1/2, chez lequel survient une fièvre de Malte (séro positif au 1.000). Celle-ci guérit après plusieurs poussées. Les signes pulmonaires qui avaient empiré, régressent au stade primitif, la fièvre de Malte une fois terminée.

Chez un autre malade atteint de tuberculose fibreuse, une mélitococcie ne réveille pas la lésion pulmonaire.

Imbert a suivi une mélitococcie évoluant chez deux anciens bacillaires sans qu'il y ait de poussée concomittante; chez l'un deux, mais seulement après deux ans, il y eut aggravation.

Léon Bernard a vu, dans un cas de tuberculose pulmonaire bilatérale à forme ulcéro-fibreuse, sans caractère d'évolutivité, survenir une fièvre de Malte sérieuse avec grosse atteinte de l'état général. A aucun moment de la durée qui fut de 6 mois, la tuberculose pulmonaire ne subit le moindre réveil.

Il y a donc lieu de penser que, contrairement au pronostic extrêmement sévère de la tuberculose survenant au cours de la mélitococcie, l'apparition d'une fièvre de Malte chez un tuberculeux, n'influence pas l'évolution de la bacillose préexistante.

L'unanimité des opinions à ce sujet n'est cependant pas réalisée; si la plupart des auteurs partagent cette manière de voir optimiste (Hayat, Masselot...), d'autres au contraire formulent en la circonstance un pronostic plus réservé.

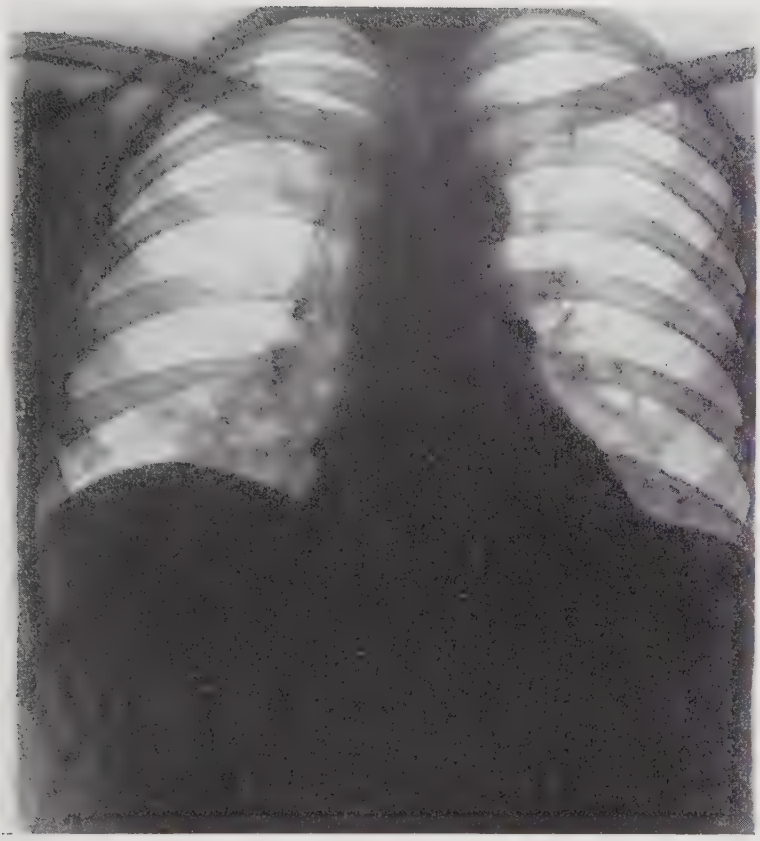
RADIOGRAPHIES

Planches I à VI

(Clichés inédits de Mélitococcie respiratoire)

(Observation Gounelle et Warter, page 30)

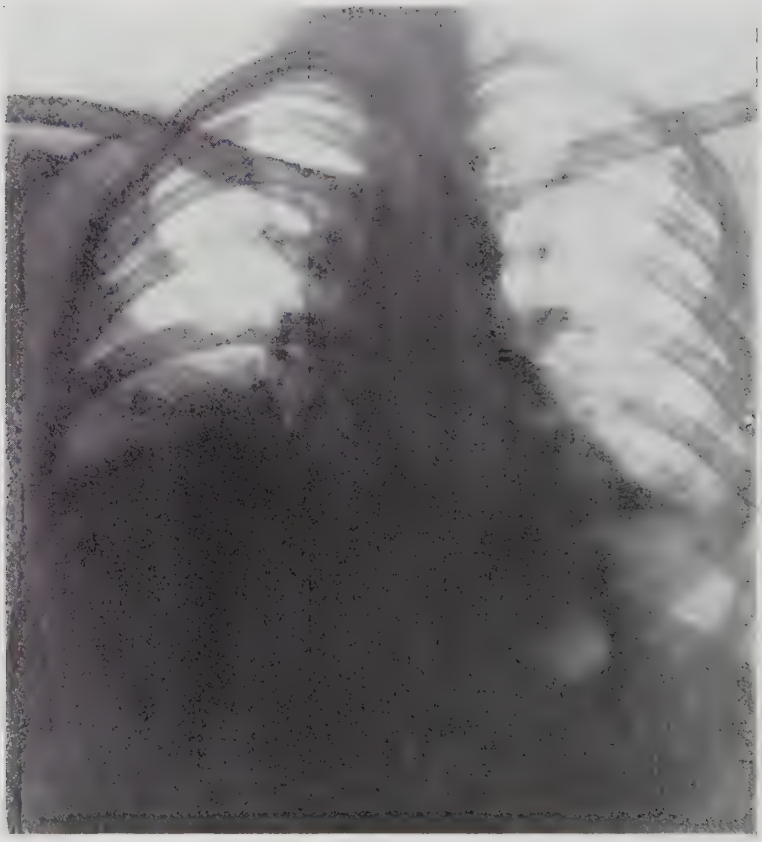
Pl. I.



18 Avril 1934 :

Diaphragme sans anomalie. Pas d'épanchement. Légère infiltration irrégulière entre le hile et les parties internes du diaphragme droit d'aspect congestif.

Pl. II.



4 Mai 1934 :

Infiltration floue congestive du tiers inférieur du poumon droit masquant les contours du diaphragme droit et s'estompant vers le haut, augmentant d'intensité vers la base : infiltration avec petit épanchement à l'extrême base.
Légère infiltration de l'extrême base gauche.

Pl. III.

30 Mai 1934 :

Surélévation du diaphragme droit avec fixation de la coupole diaphragmatique et effacement du sinus costo-diaphragmatique droit. Pleurésie diaphragmatique.

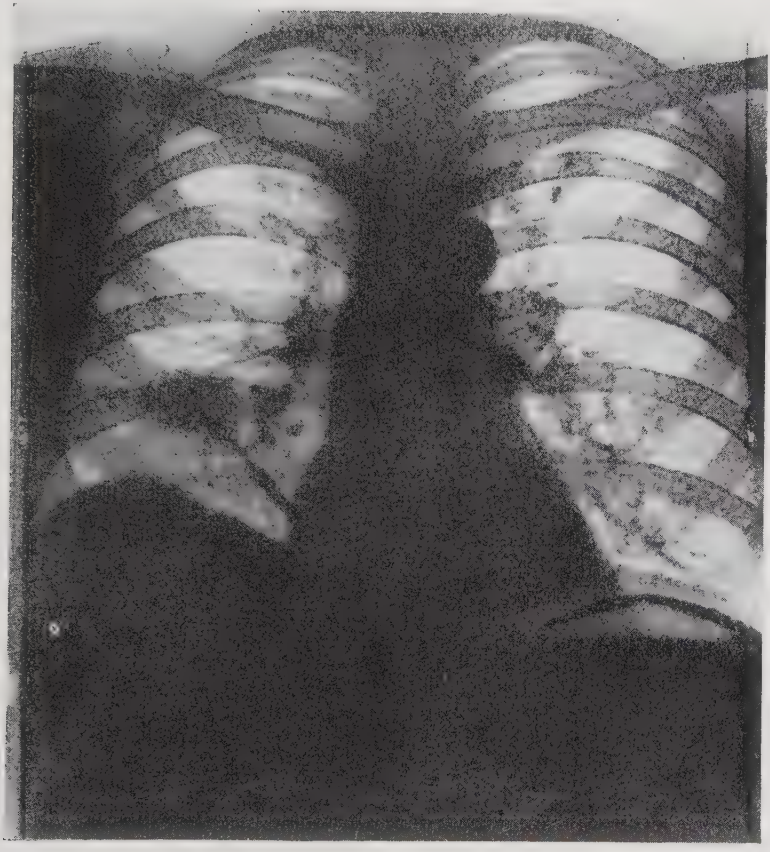
Au-dessus du diaphragme droit, légère infiltration irrégulière en voie de régression, limitée vers le haut par une scissurite. L'infiltration de la base gauche a disparu.

Pl. IV.

6 Juin 1934 :

Fixation du diaphragme droit comme sur la radiographie précédente. L'infiltration de la base droite a légèrement diminué. La scissurite est également moins nette.
Un peu de liquide dans le sinus costo-diaphragmatique gauche.

Pl. V.



12 Juillet 1934 :

Diaphragme droit latéralement relevé, anguleux, fixé. Double épaississement interlobaire entre les lobes droits supérieur et moyen et moyen et inférieur. L'infiltration de la base droite est toujours très irrégulière, mais s'est densifiée (tendance vers la sclérose).

Pl. VI.

22 Décembre 1934 :

Diaphragme droit, anguleux, irrégulier, fixé par des adhérences. Les scissurites ont disparu. Travées scléreuses entre le hile et les parties internes du diaphragme droit; sclérose bronchique. Hile droit scléreux.

CONCLUSIONS

1. La fièvre de Malte, dont la diffusion s'affirme continue sur le territoire national, est capable d'engendrer des formes cliniques particulières, à localisation respiratoire émergente ou unique.

2. L'expression clinique des mélitococcies respiratoires est polymorphe.

En commentant les observations publiées, nous les avons classées en bronchites, congestions pulmonaires, réactions pleurales sèches ou liquidiennes, suppurations pleurales ou pulmonaires, granulies et laryngites mélitococciques.

Le pronostic de la brucellose n'est pas influencé par la localisation respiratoire; comme dans la forme classique, il reste en général bénin.

3. Les données radiologiques concernant les mélitococcies respiratoires sont restées assez incomplètes jusqu'à ce jour.

Nous reproduisons les clichés inédits d'une mélitococcie respiratoire avec congestions et épanchements.

4. Le diagnostic s'établit par la mise en évidence des signes propres, tant cliniques que biologiques, de la fièvre de Malte; nous analysons leur valeur séméiologique respective.

Lorsqu'ils sont atténués ou atypiques, la confusion est fréquente avec les affections respiratoires plus communément rencontrées, relevant d'étiologies diverses, comme la bronchite grippale, la tuberculose pulmonaire incipiens ou aiguë, les pleurésies, pneumonies, abcès du poumon, etc...

5. Les mélitococcies respiratoires sont d'autre part à distinguer :

1° Des complications respiratoires extrabrucelliennes survenant au cours des brucelloses : associations brucello-respiratoires et notamment brucello-tuberculeuses, la bacillose devenant une complication sur un terrain anergisé. Leur pronostic est particulièrement grave.

2° Des mélitococcies survenant chez des tuberculeux pulmonaires. Chez de tels malades la fièvre de Malte apparaît comme un épiphénomène et ne semble guère influencer l'évolution propre de la bacillose.

Vu, le Président de thèse :
Pr. MERKLEN

Vu, le Doyen :
FORSTER

Vu et permis d'imprimer.
Strasbourg, le 27 Janvier 1936
Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université
J. DRESCH

BIBLIOGRAPHIE

ARANA, TARANCON, NAVARRO GUTIERREZ. — Un caso clinico de fiebre de Malta complicado con una laryngopatia. *An. de med. int.*, Janvier 1932.

ARON et UHLHORN. — Difficulté de diagnostic de la mélitococcie à propos de 2 nouveaux cas. *Soc. de Méd. du Bas-Rhin*, 24 Juin 1933.

BAUGAS. — Formes inhabituelles de la fièvre méditerranéenne. *Thèse Paris*, 1927.

BENMUSSA et SFEZ. — Complications pulmonaires au cours de la fièvre de Malte. *Journées médicales Tunisiennes*, 1926.

BERNARD. — Mélitococcie et Tuberculose. *Presse médicale*, 17 oct. 1934.

BÉTHOUX. — Les pseudo-tuberculoses mélitococciques. *Presse médicale*, 26 Juin 1929.

— *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, Février 1930.

CAMATTE. — Mélitoccie associée à une pneumonie. Fièvre de Malte à forme pulmonaire. *Soc. méd. du Dépt. d'Oran*, 16 Janvier 1932.

CANTALOUBE. — La fièvre de Malte en France. *Maloine*, 1911.

CANTINI. — *Riforma médica*, 16 Juillet 1923.

CONGRÈS (1er). — *intern. d'Hyg. médit.*, Marseille, 19-25 Septembre 1932.

COURCOUX, LELONG et CORDEY. — Sur un cas parisien de mélitococcie. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 7 Juillet 1922.

DARBOIS. — Fièvre de Malte et tuberculose. *Bulletin médical*, 16 Novembre 1910.

DÉCHET. — Contribution à l'étude du diagnostic de la fièvre ondulante. *Thèse Lyon*, 1921.

Delmas et Duhamel. — Abcès pulmonaire au cours d'une fièvre de Malte. Abcès mélitococcique ? *Arch. méd. chir. de l'app. resp.*, n° 3, tome VI, 1931.

Ducamp, Janbon et Gondard. — Mélitococcie aiguë mortelle, à forme pseudo-granulique. *Arch. Soc. sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méd.*, Janvier 1929.

Dudley. — The Lancet, 28 Mars 1931.

Eyre. — The melitensis septicæmia. *The Lancet*, 20 Juin 1908.

Fischera. — Association of pulmonary tuberculosis and undularian fever. *Riforma medica*, 9 Novembre 1929.

Franchini. — Tuberculose non reconnue chez un mélitococcique. Autopsie. *Clinica medica*, Août 1925.

Mlle Gautier. — De quelques formes cliniques de la fièvre de Malte. *Gazette médicale de France*, 1er Septembre 1935.

Gereda. — Laryngitis maltesas. *Bol. de laryng. otol. y rinol., Madrid*, 1912, p. 261.

Gounelle et Warter. — Nouveau cas de mélitococcie en Moselle. *Bull. Soc. de Méd. du Bas-Rhin*, avril-mai 1934.

— Mélitococcie pleuro-pulmonaire (congestions et épanchements). *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 5 Juillet 1935.

Hallé. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1932, p. 328.

Hayat. — *Journées médicales Tunisiennes*, 1926.

Imbert. — Contribution à l'étude de la fièvre de Malte dans la région d'Arles. *Thèse Montpellier*, 1927.

Janbon et Balmès. — Sur les manifestations respiratoires au cours de la fièvre ondulante. *Arch. Soc. sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méd.*, 1929 (*XXe Congrès français de Médecine*).

— Fièvre ondulante et tuberculose. *Arch. Soc. sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méd.*, 11 Avril 1930.

Johnson. — Pneumonie au cours de la fièvre ondulante. Relation de 3 cas. *Amer. Journal of. méd. sc.*, Avril 1935.

Jullien. — Brucellose et tuberculose. 1er *Congrès intern. d'Hyg. médit. Marseille*, 1932.

— Brucellose et tuberculose. *Paris médical*, 16 Septembre 1933.

Ledoux. — Les manifestations respiratoires de la fièvre ondulante d'origine bovine. 2e *Congrès intern. de Path. comp. Paris*, 14-17 Octobre 1931.

— *Journal de Médecine de Lyon*, 5 Mars 1932.

Livierato. — La brucellose en Grèce. *Presse médicale*, 6 Février 1932.

Malan. — Complications pharyngées et laryngées de la fièvre de Malte. *Revue de laryng.*, 15 Février 1931.

Martelli. — *Clinica medica italia*, 1925.

Mouriquand, Mlle Schœn et Maussac. — *Lyon médical*, 22 Mai 1932.

Nelli. — *Tunisie médicale*, Novembre 1931.

Olmer. — *Soc. de Méd. et d'Hyg. Col. de Marseille*, 8 Octobre 1925.

Olmer et Massot. —Intradermoréaction à la tuberculine négative chez les mélitococciques. *Revue méd. de France et des Col.*, Juin 1925.

Para. — Fièvre de Malte compliquée de tuberculose. *Gaz. méd. de Lyon*, 1er Octobre 1934.

Papon et Tartavez. — *Soc. de Médecine militaire française*, 15 Décembre 1910.

Pelloux. — Métitococcie dans le Var. Formes pleuro-pulmonaires. *Thèse Montpellier*, 1927.

Pica. — *Minerva médica*, 1925, p. 778.

Pisani. — *Riv. crit. di clin. méd.*, 15 Février 1924.

Puech et Vidal. — Pleurésie séro-fibrineuse à mélitocoques. Complication tardive de la fièvre de Malte. *Arch. Soc. sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méd.*, Février 1933.

Risi. — *Studium*, 20 Janvier 1929.

Rogalski. — Mélitococcie et hémoptysie. *Tunisie médicale*, Novembre 1931.

Roger. — Formes cliniques de la fièvre de Malte. *Journal médical français*, Mai 1929.

Salan. — Fièvre ondulante et tuberculose. *Thèse Montpellier*, 1931.

Sappa. — *Riforma médica*, 5 Décembre 1927.

Schneider. — Undulant fever of the pseudotuberculosis type and pulmonary tuberculosis. *Medical Journal and Record*, 1er Janvier 1930.

Sella. — *Giorn. de clin. méd.*, 20 Novembre 1934.

Sergio del Rio. — Hémoptysie et fièvre de Malte. *Revista medica de Malaga, Juillet* 1929.

Tanon et Neveu. — 1er *Congrès d'Hyg. méd., Marseille*, 1932.

Taylor et Hazemann. — *Revue d'Hygiène*, Juillet, 1932.

Uhlhorn. — La mélitococcie en Alsace. *Thèse Strasbourg*, 1934-1935.

Vanni. — *Riforma medica*, 15 Juin 1925.

Vedel et Giraud. — Mélitococcie mortelle. Nécropsie : laryngite ulcéreuse et broncho-pneumonie. *Arch. Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méd.*, Mars 1922.

Vedel, Puech et Vidal. — Pyopneumothorax au cours d'une fièvre ondulante. *Arch. Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méd.*, 1er Février 1929.

Vedel et Vidal. — Considérations cliniques sur la fièvre de Malte. *XXe Congrès français de médecine, Montpellier*, 1929.

Violle. — La fièvre ondulante. *Masson*, 1931.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

CHAPITRE I. — *Définition et classification de la mélitococcie respiratoire* 13

CHAPITRE II. — *Observations classées et commentées* 17

1. Forme bronchitique 17
2. Formes congestives 20
3. Formes pleurales 29
4. Abcès du poumon 35
5. Granulie 36
6. Forme laryngée 37

CHAPITRE III. — *Les éléments du diagnostic de mélitococcie respiratoire* 41

— Données étiologiques 44
— Signes généraux 44
— Signes fonctionnels 48
— Signes physiques 50
— Signes radiologiques 51
— Autres organes 53
— Signes de laboratoire 54

Chapitre IV. — *Le diagnostic différentiel de mélitococcie respiratoire au cours de la brucellose*.. 59
1. Complications respiratoires non liées au mélitocoque 59
a) associations brucello-tuberculeuses 59
b) autres associations brucello-respiratoires 61
2. Mélitococcie survenant chez les tuberculeux 63

Hors texte. — 6 clichés radiographiques.
Planches I à VI.

Conclusions 65

Bibliographie 67